Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 M., praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 41. 8. October 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

Mittheilungen aus zwei Scharlachepidemien in den Jahren 1884/85 und 1894/95 in der Münchener Garnison.

Von Dr. *Vogl*, Gen.-Stabsarzt.

Eine Scharlachepidemie Erwachsener ist an sich schon ein mittheilenswerthes Ereigniss; noch mehr liegt in dem wiederholten Auftreten einer solchen nach dem Zwischenraum eines Decenniums, sowie in der Eigenart des Charakters derselben die Anregung zu anfolgender Berichterstattung.

In der Garnison München haben von jeher Scharlach und Typhus eigenthümliche Wechselbeziehungen erkennen lassen und zwar in ihrem örtlichen Auftreten sowohl als in ihrem zeitlichen: Bis zum Jahre 1879/80 ist der endemische Typhus alljährlich zu einer Epidemie angestiegen, die im Oktober ihren Anfang und im Mai ihr Ende genommen hat; es waren dabei immer am ersten und am schwersten die alte und neue Isar-, die Lehel- und die Hofgarten-Caserne betroffen, dann kamen in gesetzmässiger Reihenfolge die Türken- und Max II-Caserne mit nur halb so viel Kranken wie die Hofgarten-Caserne. Vom Jahre 1880 an hat bekanntlich in der Militär- und Civilbevölkerung Münchens der Typhus stetig abgenommen. Anders der Scharlach!

Vom Jahre 1875/6 mit 1878/9 waren alljährlich 1 bis 2 Scharlacherkrankungen in der Garnison beobachtet worden. In den Jahren 1879/80 mit 1883/4 war die jährliche Durchschnittszahl 14 Scharlachfälle; also Zunahme des Scharlachs und Abnahme des Typhus; beiläufig bemerkt hat mit dem Scharlach auch die Diphtherie zugenommen.

A.

Vom November 1884 bis Mai 1885 ist der Scharlach in der Garnison als Epidemie aufgetreten, gleichzeitig mit einer Kinderepidemie in der Stadt.

Es erkrankten vom 26. November 1884 bis 22. Mai 1885 125 Soldaten, bei einer Iststärke der Garnison von 7442 Mann. Gestorben sind 5 Mann.

Also Morbidität von 16,7 pro mille und Mortalität im Lazareth von 4,0 Proc.

Die Epidemie hat einen Zeitraum von 178 Tagen umfasst, also auf 1,4 Tage ein Kranker. Merkwürdig zeigte sich das lokale Verhalten des Scharlachs: während der Typhus, wie erwähnt, die Hofgartencaserne überwiegend befallen hatte, trat der Scharlach nicht blos in seinen sporadischen Fällen, sondern auch in dieser Epidemie am ersten und heftigsten in der Türkencaserne auf, mit einer Morbidität von 24,1 pro mille gegenüber 9,9 pro mille in der Hofgartencaserne. In dem zeitlichen Erscheinen ist er an die Stelle des Typhus getreten, der bisher ebenfalls als En- und Epidemie die Wintermonate eingenommen hatte; neben dem Scharlach sind im Winter 1884/5 nur 5 Typhus-, in den vorhergehenden 4 Monaten aber (Juli mit October) 42, in den dem Scharlach folgenden 6 Monaten (Juni mit November) 52 Typhusfälle aufgetreten.

Die Epidemie ist in der Weise angestiegen, dass sie im Februar ihren Höhepunkt erreicht hat; die Erkrankungsziffer der Monate des Anstieges stimmt fast überein mit derjenigen der entsprechenden Monate des Abfalles.

Es sind im Lazareth zugegangen:

Im Monat	Nov.	Dec.	Jan.	Febr.	März	Apr.	Mai	
	3	10	23	**49**	21	12	7	Krankheitsfälle.

Neben diesen Scharlacherkrankungen sind noch 41 genuine Diphtheriefälle im Lazareth zur Behandlung gekommen.

Mit Ausnahme einiger kleinen Casernements sind sämmtliche Casernen der Garnison ergriffen worden und von den 62 Compagnien (bezw. Batterien, Escadrons) sind nur 15 frei geblieben. In jeder dieser Abtheilungen erkrankten durchschnittlich 2,7 Mann, in keiner mehr als 7 Mann. Die Verbreitung hat sich in der Weise vollzogen, dass innerhalb der ersten 2 Wochen die zwei grössten Casernen (Türken und Max II-) und in der weitern Zeit innerhalb 93 Tagen auch die übrigen Casernen ergriffen worden sind. In der Türkencaserne sind 62 Mann und in der Max II-Caserne 31 Mann an Scharlach erkrankt; in den übrigen Casernen schwankten die Erkrankungen zwischen 1 und 12 Fälle.

Von den 125 Erkrankten befanden sich im

1.	2.	3.	4.	Dienstjahr
77	28	16	4	Kranke.

In den Casernen sind 3—5 Tage nach dem ersten Fall meist in engen Gruppen die weiteren Fälle im betreffenden Compagniebezirk und gleich darauf, oft auch gleichzeitig in den andern Compagnien aufgetreten; zu Krankheitsherden ist es nirgends gekommen; es sind hervorgegangen:

aus 87—10—6 Zimmern = Sa. 103
87—20—18 Kranke = Sa. 125.

Um den Charakter der Epidemie in möglichst gedrängten Daten anschaulich zu machen, wurde das gesammte Beobachtungsmaterial nach einem Schema gesichtet, in welchem 4 Kategorien von Fällen auseinandergehalten sind. Es schien uns nämlich, dass sich die Schwere der Fälle mit dem Grad der Betheiligung der Nieren mehr deckt als mit den krankhaften Erscheinungen auf andern Gebieten des ergriffenen Organismus; so wurden denn die Fälle, je nach dem gänzlichen Mangel einer Nierenaffection, einer nur vorübergehenden Albuminurie im Fieber und einer wirklichen Nierenentzündung im ersten oder zweiten Stadium des Scharlachs eingetheilt. (s. Taf. I.)

Als Erläuterung ist hier zu erwähnen, dass bei sämmtlichen Kranken von der Stunde der Aufnahme in das Lazareth bis zum Schluss des Fiebers und selbstverständlich während der allenfallsigen Complicationen die Temperatur im Rectum 3 stündlich Tag und Nacht gemessen worden ist. Die durchschnittliche Maximaltemperatur (Reihe 5) ist die während des ganzen Fieberverlaufes in sämmtlichen Fällen erreichte durchschnittliche Maximalhöhe; zu höheren Temperaturen als in der Akme ist es auch in den schweren Complicationen des späteren Stadiums nicht gekommen.

Tafel I. **Epidemie 1884/85.**

Gruppe	Betheiligung der Nieren	Zahl der Fälle	In Proc.	Durchschnittl. Maximum der Rect.-Temp. auf der Akme	Krisis in Fällen	In Proc.	Lysis in Fällen	In Proc.	Durchschnittl. Maximum der Pulsfrequenz in der Akme	Absolutes Maximum	Angina catarrhalis in Fällen	Angina catarrhalis in Proc.	Angina necrotica in Fällen	Angina necrotica in Proc.
I.	Ohne nachweisb. Betheil. d. Nieren	95	76,0	39,3⁰	26	26,9	63	73,0	100	140	88	91,8	7	8,1
II.	Febrile Albuminurie	16	12,8	39,8⁰	2		13		120	140	14		2	
III.	Initiale Nephritis	4 (2†)	3,2	40,3⁰	—	9,0	2	90,9	122	156	3	78,5	1	21,4
IV.	Postscarlatinöse Nephritis . . .	10 (3†)	8.0	39,8⁰	1		8		112	136	8		2	
	Summa:	125 (5†)	—	39,5⁰	29*)	25,2	86*)	74,7	104	—	113	90,3	12	9,6

*) In 10 Fällen (5 tödtliche und 5 abortive) war die Entfieberung nicht zu beobachten, daher die Berechnungen nur von 115 Fällen gemacht sind.

Tafel II. zu B. **Zusammenstellung sämmtlicher Scharlach-Erkrankungen der Garnison München im Jahre 1894/95.**
(Nach Casernen.)

Caserne	Datum der ersten Erkrankung	Nov.	Dec.	Jan.	Febr.	März	April	Mai	Iststärke	Summa der Erkrankten	Morbidität promille	Truppen-Abtheilung
		Zahl der Zugänge im Monat										
Türken-Caserne	(2. XII.) 11. XII. 94	(1) —	59	71	41	6	4	1	2011	182 (2†)	80,5	Inf.-Leib-Regt. und 2. Comp. des 1. Inf.-Regts.
Max II.- „	3. I. 95	—	—	2	9	14	6	1	2701	32	11,8	1. Feld-Artill.-Regt., 3. Feld-Artill.-Regt., 1. Train-Bat.
Marsfeld- „	11. I. „	—	—	11	6	7	—	—	1513	24 (2†)	15,2	1. Inf.-Regt.
Cadetten-Corps	20. I. „	—	—	4	5	10	—	—	210	19	90,9	Cadetten-Corps.
Neue Isar-Caserne	2. II. „	—	—	—	1	—	—	—	695	1	1,4	1. Schwer. Reiter-Regt.
Eisenbahn-Bataillons-Caserne	4. II. „	—	—	—	1	1	—	—	465	2	4,3	Eisenbahn-Bataillon.
Oberwiesenfeld-Baracken . .	6. II. „	—	—	—	1	21	7	1	2013	30	14,9	2. Inf.-Regt.
Garnisons-Lazareth	15. I. „	—	—	8	5	2	—	—	—	15	—	Beweglicher Stand aus allen Abtheilungen.
Bürgerquartiere und Urlaub.	24. I. „	—	—	1	—	1	—	3	—	5	—	—
Gendarmerie-Caserne . . .	18. II. „	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	Gendarmen.
Summa:		(1)	59	97	70	62	17	6	9608	311 (4†)	32,3	

Davon 4 gestorben = 1,2 Proc. { Inf.-Leib-Regt. 2 Mann; 2 Inf.-Regt. 2 „

Davon 17 ungeheilt = 5,6 Proc. { Inf.-Leib-Regt. 12 Mann; 1. Inf.-Regt. 1 „; 2. „ „ 2 „; 3. Feld-Art.-R. 1 „; 1. Train-Bat. 1 „

Die Fieberperiode ist meist mit einem rapiden Anstieg zu einer Höhe eingeleitet worden, auf welcher sich nun die Temperatur entweder als Continua einige Tage lang erhalten hat, um dann steil in einem oder höchstens 2 Tagen oder stufenförmig in 3—5 Tagen abzufallen (Krisis oder Lysis). In andern Fällen hat sich gleich vom ersten Tag ab die Krisis oder Lysis eingeleitet; in nicht sehr wenig Fällen ist aber auch ein allmählicher Anstieg beobachtet worden, mit noch undeutlicher oder kaum bemerkbarer Hauteruption, welche aber dann am 3. oder 4. Tage mit der erreichten Akme deutlicher hervorgetreten ist. In ganz vereinzelten Fällen konnte man auch das für Scharlach fast specifische Nachfieber beobachten und zwar in stark intermittirendem Typus.

Die Frequenz des Pulses hat sich in der Akme in allen Fällen als beträchtlich beschleunigt erwiesen, verbunden mit Kleinheit; mit Abfall der Temperatur ist immer eine beträchtliche Verlangsamung mit grosser Spannung eingetreten, dabei sehr häufig bei nur mässiger Körperbewegung Tachykardie mit Arhythmie; diese Erscheinung hat sich oft wochenlang forterhalten.

Eine besondere Beachtung ist der Rubrik III zuzuwenden, sie vertritt die schwersten Fälle der Epidemie und sollte streng genommen, dem oben erwähnten Grundsatz zu Folge, als letzte Rubrik figuriren, allein wegen des früheren Zeitpunktes (Fieberakme) wurden diese Fälle als initiale Nephritis zur III. Kategorie gemacht und die Fälle mit späterer Nephritis als Kategorie IV zusammengefasst.

Diese initiale Nephritis hat sich schon am ersten Tage der hohen Fieberakme mit stark ausgeprägtem Exanthem, hochgradiger Prostration und den schwersten Allgemeinerscheinungen ausgebildet; in 2 dieser Fälle ist der Tod erfolgt nach 36 stündiger Krankheitsdauer (acute Herzdilatation). Die Fälle der Gruppe IV umfassen die im 2. Stadium (2. bis 4. Woche) aufgetretenen Nephritididen; sie wurden deshalb als postscarlatinöse N. bezeichnet. Von den hieher gehörigen 10 Fällen sind 7 mit Polyurie, Anasarca, ohne Höhlen-Hydrops verlaufen, 1 tödtlich; 3 davon, darunter 2 mit tödtlichem Verlauf, haben hochgradige Oligurie und mässiges Anasarca, aber Höhlen-Hydrops aufgewiesen; einer davon Ascites mit ungewöhnlich ausgedehnter und bedeutender Schwellung der mesaraischen Drüsen.

B.

Nun ist ein Jahrgang mit geringerer Scharlach-Morbidität (11 Fälle) gefolgt; das Jahr 1886/87 aber hat wieder eine kleine Epidemie mit 48 Erkrankungen und das Jahr 87/88 eine solche mit 32 Fällen gebracht; in den folgenden 3 Jahren hat die Scharlach-Morbidität der Garnison nur je 6—5—5 und in den Jahren 91 mit 94 je 10—12—15 Fälle betragen.

Im Winter 1894/95 ist es wieder zu einer bedeutenden Epidemie gekommen, welche Gegenstand nachstehender Besprechung sein soll. (s. Taf. II.)

Aus anstehender Zusammenstellung ist die Ausbreitung der Erkrankungen über die Casernen zeitlich und örtlich so dargestellt, dass es kaum weiterer Erläuterungen bedarf. Diese Epidemie ist abweichend von derjenigen vor 10 Jahren gleich im ersten Monat steil angestiegen; sie hat schon im Jänner ihren Höhenpunkt erreicht und sich dann noch 2 Monate auf hoher Morbidität erhalten; auch in dieser Epidemie sind alle Casernen ergriffen worden und hat gleichfalls die Türkencaserne die höchste Morbidität (80,5 pro mille) erreicht, sie war und

Tafel III.

Nummer	Compagnie	Zahl der Erkrankten	Erster Zugang im Lazareth	Dauer der Zugänge (Tage)	a) Zeitliche Reihenfolge der Erkrankungen b) Zimmer, aus welchen diese Erkrankungen hervorgegangen sind.																								
					L.																								
I.	11.	13	11.XII.	82	a)	11.XII.	17.	21.	26.	10.I.	18.	22.	26.	30.	8.II.	12.	27.	3.III.											
					b)	291 II	299	291	295	294	203	203	291	203	296	294	297	294 II											
II.	8.	25	13.XII.	61	a)	13.XII.	14.	14.	14.	15.	16.	18.	19.	21.	23.	25.	25.	26.	26.	28.	5.I.	8.	11.	11.	16.	22.	24.	10.II.	15.
					b)	288 II	287	288	288	282	406 III	406	281 II	281	282	282	280	279	406 III	279 II	285	149 I	149 I	151	345 II	151 I	288 II	281	407 III
					Hiezu 1 Mann Privatquartier.																								
III.	7.	14	17.XII.	118	a)	17.XII.	21.	24.	25.	25.	26.	26.	27.	30.	4.I.	5.	5.	10.II.	14.IV.										
					b)	215 II	208	220	209	215	220	212	220	215	208	209	213	219	214 I										
IV.	6.	18	18.XII.	86	a)	18.XII.	21.	23.	14.I.	15.	15.	24.	24.	25	27.	31.	3.II.	5.	6.	13.	14.III.								
					b)	38 0	41	41	228 I	228	37 0	40	40	40	33	39	39	38	41	40	41 0								
					Hiezu 2 Lazareth-Infectionen.																								
V.	10.	12	19.XII.	70	a)	19.XII.	21.	3.I.	15.	16.	25.	26.	31.	5.II.	5.	27.II.													
					b)	58 0	55	49	50	56	51	51	206 I	50 0	206 I	206 I													
VI.	9.	15	21.XII.	65	a)	21.XII.	22.	23.	25.	25.	29.	22.I.	29.	1.II.	6.	8.	8.	22.	23.	24.II.									
					b)	197 I	193	195	196	198	201	195	198	200	195	200	195	201	193	189 I									
VII.	5.	12	23.XII.	75	a)	23.XII.	29.	31.	4.I.	15.	16.	18.	22.	31.	5.II.	14.	18.III.												
					b)	221 I	222	221	278 II	222 I	221	279 II	278	235 I	273 II	221 I	235 I												
					R.																								
I.*	3.	12	11.XII.	64	a)	11.XII.	14.	14.	25.	8.I.	25.	26.	26.	27.	27.	29.	13.II.												
					b)	318 II	317	318	318	318	320	317	322	320	326	326.	322 II												
II.*	1.	11	15.XII.	75	a)	15.XII.	18.	29.	30.	22.I.	25.	7.II.	18.	24.	27.	1.III.													
					b)	181 I	175	180	176	70 III	181 II	175	71 III	70	179 I	179. I													
III.*	4.	12	16.XII.	61	a)	16.XII.	19.	22.	22.	26.	28.	14.I.	16.	17.	30.	10.II.	15.II.												
					b)	87 0	172 I	172	173	171	165	169	172	169	164	173	172 I												
IV.*	12.	10	17.XII.	58	a)	17.XII.	24.	26.	21.	28.	30.	10.I.	28.	29.	19.II.														
					b)	315 II	306	315	306	315	306	303	313	306	312 II														
V.*	14.	14	18.XII.	69	a)	18.XII.	3.I.	10.	10.	11.	14.	18.	25.	28.	6.II.	18.	22	25.II.											
					b)	139 I	142	140	142	117 0	142 I	142	142	139	140	146	117	140 I											
VI.*	13.	8	3.I.	107	a)	3.I.	8.	12.	25.	16.II.	16.	20.IV.																	
					b)	159 I	358 II	345	357	357	358	356 II																	
					Hiezu 1 Lazareth-Infection.																								
VII.*	2.	9	11.I.	116	a)	11.I.	16.	6.II.	8.	13.	18.	5.IV.	7.V.																
					b)	327 I	330	327	329	335	327	330	328																
					Hiezu 1 Lazareth-Infection.																								

185 Kranke mit 14 Compagnien macht 13,2 Kranke auf 1 Compagnie. Das Maximum war 25 Kranke bei der 8. Compagnie, das Minimum war 8 Kranke bei der 13. Compagnie; die 185 Kranken sind aus 101 Zimmern gekommen. Von diesen 185 Kranken sind 138 sofort als Scharlach erklärt worden, 40 sind als „Angina" zugegangen, aber nachträglich als Scharlach erklärt worden und 7 sind Haus-Infectionen gewesen. — Dauer der Epidemie: 155 Tage = also alle 2 Tage 1 Kranker.

ist noch belegt vom Infanterie Leib-Regiment, welches aus Anlass der Typhusepidemie vom Jahre 1892/93 von der Hofgartencaserne dorthin verlegt worden war. Die übrigen 3 grösseren Casernen: Max II-Caserne, die Marsfeldcaserne und die Oberwiesenfeldbaracken hatten eine annähernd gleiche Morbiditätsziffer (11,8—15,2—14,9 pro mille.

Der Scharlach im Cadettencorps sollte streng genommen nicht hereinbezogen werden, weil er mit der Epidemie unter den Truppen im Hinblick auf den fehlenden Verkehr mit diesen wahrscheinlich in gar keinem Zusammenhang steht; die so viel höhere Morbidität — 90,9 pro mille — ist durch das kindliche Alter i. e. die höhere Disposition der Zöglinge bedingt. Die Erkrankungen im Garnisonslazareth können ebenfalls der Kette der epidemischen Erkrankungen nicht eingereiht werden, weil sie ausschliesslich auf Hausinfectionen beruhen. Will man in einem eingehenderen Studium einen Einblick in den Gang der Erkrankungen von Fall zu Fall gewinnen, so empfiehlt es sich, hiezu die in einem abgeschlossenen Raum und in grösserer Fülle stattfindenden Erkrankungen zu verfolgen; wenn hier die Ausbreitung von Stockwerk zu Stockwerk, von Zimmer

zu Zimmer geschildert wird, so ist nicht an locale Vermittlung, sondern an den hier intimeren Verkehr gedacht. (s. Taf. III.)

Da nun die hiezu günstigsten Bedingungen in der Epidemie des Infanterie Leib-Regiments gegeben sind, so soll über diese zunächst berichtet werden. Nachdem im Februar 1894 der letzte, der alljährlich in der Garnison auftretenden Scharlachfälle in der Türkencaserne vorgekommen war, ist ein weiterer am 2. November 1895 in derselben Caserne und zwar in dem Zimmer 307 des 2. Stockes an der Türkenstrasse, der 12. Compagnie angehörig (siehe Plan!), erfolgt. Auch dieser Fall ist vereinzelt geblieben und desshalb nicht in die später erfolgende Epidemie mit eingerechnet worden, obwohl er vielleicht auch als deren erster Fall gelten könnte. Es sind nämlich (siehe unten) am 12. December, also 5 Wochen nachher, gleichzeitig 2 Scharlachfälle aus zwei verschiedenen Compagnien zugegangen, deren eine rechts und die andere links von dem Bezirk der genannten 12. Compagnie gelegen ist; der eine dieser beiden Kranken nun ging aus dem Zimmer 318 des 2. Stockes mit schweren nephritischen Symptomen zu, welche, der Mittheilung zu Folge, sich mit einem Schlag gebildet hatten, nachdem Patient vor 3 Wochen eine Halsentzündung durchgemacht hatte; es müsste also bei diesem Manne eine dreiwöchentliche Incubation stattgefunden haben, wenn man seine Infection von dem oben genannten Krankheitsfall ableiten wollte; dies ist nun nicht wahrscheinlich; auch sind in dem ganzen Zeitraum vom 2. November bis 11. December keine weiteren Erkrankungen vorgekommen, welche man auf diesen Fall vom 2. November beziehen könnte.

Man muss daher die beiden Erkrankungsfälle, welche, jedenfalls aus der Stadt eingeschleppt, am 11. December aufgetreten sind, als den Anfang der Epidemie auffassen; von ihnen aus lässt sich auch der Gang der Epidemie ziemlich genau verfolgen.

Es fördert das Verständniss der anscheinend wirren Massenerkrankungen, wenn man zuerst die Ausbreitung der Infectionen von einem Compagniebezirk zum andern und dann innerhalb der einzelnen Compagnieen verfolgt. An der Hand der Tafel III und des Bauplanes der Caserne (Tafel IV) lässt sich eine solche Beobachtung mühelos anstellen; auf Tafel III sind die Compagnien in der Reihenfolge untereinander gestellt, wie sie ergriffen worden sind, dann folgt die Zahl der Erkrankten, das Datum des ersten Zuganges aus der Compagnie und die Dauer der Zugänge. In den Horizontalreihen sind die sämmtlichen Erkrankungen:

a) nach dem Datum, b) nach den Zimmern aufgeführt; in dem Plan sind die Stockwerke ineinander gezeichnet.

Jeder dieser beiden angeführten Fälle nun bildet den Ausgang für die Ausbreitung der Krankheit nach je einem Flügel der Caserne: L. und R. Der Fall von der 11. Compagnie im Zimmer 291, 2. Stock für die Compagniebezirke des Flügels der Kaserne Türken-Gabelsbergerstrasse (L.) und der Fall vom 11. December aus dem Zimmer 318 für die Erkrankungen der Compagnieen im Casernflügel Türken-Theresienstrasse (R).

Geht man nun von dem ersten Fall (I) aus, der im Zimmer 291 im 2. Stock (Ecke der Türken-Gabelsbergerstrasse) am 11. December aufgetreten ist, so sieht man auf der Tabelle, dass am 13. December in dem fast anstossenden Zimmer 288 der 8. Compagnie der nächste Fall (II) und nach weiteren 4 Tagen (17. XII.) die erste Erkrankung im Zimmer 215, 1. Stock der 7. Compapnie (III) erfolgt ist, welche gerade unter der 8. Compagnie ihren Bezirk hat. Schon am 18. XII. ist ein Fall in der 6. Compagnie im Zimmer 38, Parterre gerade unter der 7. Compagnie aufgetreten (IV); am 19. December ist ohne nachweisbare Vermittlung in dem etwas ferner gelegenen Parterrezimmer 58 an der Türkenstrasse der 10. Compagnie zugehörig, der 1. Fall aufgetreten (V).

Drei Tage darauf am 21. XII. kam die gerade über der 10. Compagnie gelegene 9. Compagnie daran und zwar zuerst ein Fall im Zimmer 197, 1. Stock (VI); den Schluss der Erkrankung auf Flügel L bildet die 5. Compagnie, welche an der 8. bezw. 7. in dem 2. und 1. Stock an der Gabelsbergerstrasse gelegen ist; der erste Fall trat im Zimmer 221, 2. Stock am 23. XII. auf (VII).

Wie viele von diesen Ersterkrankungen in den verschiedenen Compagnieen noch von dem allerersten Fall oder erst von der nächst vorher ergriffenen Compagnie ihren Ausgang genommen haben, lässt sich nicht bestimmen; desto bestimmter aber ist ihr Zusammenhang überhaupt und ihre rasche Aufeinanderfolge.

Ganz übereinstimmend mit der Ausbreitung auf der Seite L der Caserne war diejenige auf der Seite R (Türken-Theresienstrasse) gestaltet; hier ging sie von dem oben angeführten Fall I*, der gleichfalls am 11. December, aber in einem späteren Stadium, zugeführt worden ist und zwar von der 3. Compagnie, aus Zimmer 318, im 2. Stock; am 15. XII. hatte schon die erste Compagnie im Zimmer 181, 1. Stock, gerade unter 318 ihren ersten Fall (II*) und Tags darauf die an die 1. Compagnie angrenzende 4. Compagnie (III*) und zwar im Zimmer 87 zu ebner Erde an der Theresienstrasse.

Nun erfolgte, zweifellos noch abhängig von dem ersten Fall aus im Zimmer 318, eine Infection in der an der Türkenstrasse gelegenen 12. Compagnie (IV*) am 17. XII. Tags darauf erfolgte ein Erkrankungsfall in der ganz peripher gegen die Barerstrasse an der Theresienstrasse gelegenen 14. Compagnie (V*) im Zimmer 139, 1. Stock. Die 13. Compagnie, neben und zum Theil über der 14. Compagnie gelegen, hatte ihren ersten Fall erst am 3. I. (VI*) im Zimmer 159, 1. Stock, er ist abzuleiten aus einem späteren Fall der angrenzenden 14. Compagnie oder, was wahrscheinlicher ist, aus einem solchen der 4. Compagnie, vielleicht aus dem am 28. XII. in dem naheliegenden Zimmer 165, 1. Stock erfolgten Krankheitsfall.

Auffallend war, dass die Mannschaft der 2. Compagnie, welche in der 2. Etage im Eck Theresien-Türkenstrasse gelegen, also anstossend an die allererst ergriffene 3. Compagnie erst am 11. Januar ihren ersten Fall aufzuweisen hatte und zwar im Zimmer 327, 2. Stock an der Türkenstrasse; es ist sehr wahrscheinlich, dass die Infection von einer im Zimmer 318 der 3. Compagnie aufgetretenen Erkrankung abzuleiten ist (VII*).

Als Endergebniss ist also zu entnehmen, dass genau innerhalb eines Monats sämmtliche Compagnieen des Regiments von Scharlach ergriffen waren und dass sich die Erkrankungen gehäuft in Abständen von 1 bis 4 Tagen gefolgt sind; nur die Erkrankungen in den letztgenannten 2 Compagnieen erfolgten in grösseren Abständen.

(Schluss folgt.)

Weitere Beobachtungen bezüglich des Einflusses der Influenza auf den weiblichen Sexualapparat.

Von Dr. *Rudolf Müller*, Frauenarzt in München.

Die im Winter 1894/95 in München aufgetretene Influenzaepidemie gab mir Gelegenheit, die Erfahrungen, die ich in einer früheren Arbeit „Beobachtungen über den Einfluss der Influenza auf den weiblichen Sexualapparat“ [1]) veröffentlicht hatte, zu prüfen und eventuell neue Erscheinungen zu beobachten; letzteres ist thatsächlich der Fall gewesen.

Zu den in meiner ersten Arbeit mir zu Gebote gestandenen 51 Influenzafällen sind nunmehr weitere 106 hinzugekommen, so dass ich jetzt im Ganzen über 157 Fälle verfügen kann. Unter diesen 106 neuen Fällen finden sich 18, welche Gravidae betrafen, ein Materialzuwachs, der mir mit Rücksicht darauf, dass ich im Jahre 1889 nur 3 solcher Fälle in Beobachtung bekam, von Werth sein musste. Ueber diese Fälle speciell möchte ich im Vorliegenden meine Beobachtungen mittheilen.

Meine eigene Erfahrung erstreckt sich also auf 3 Fälle von der Influenzaepidemie 1889/90 und 18 von der heurigen Epidemie, im Ganzen auf 21 Fälle, welche Influenzaerkrankung bei Gravidis betrafen.

[1]) Centralblatt f. Gynäkologie, 1890, No. 17.

Plan der Türkenkaserne.

L.

Barer S

Rei[nfo]

Der ersten Erkrankung in d

L.

I. 11. Compagnie I.* 3
II. 8. " I.*
III. 7. " I.* 4
IV. 6. " I.*
V. 10. " I.*
VI. 9. " I.*
VII. 5. " II.*

Gabelsberger - Strasse.

Türken

ERDHO

III. Etag Dac

II. ge

I. E

11. Compagnie — 12. Compagnie — 9. Compagnie — 10. Compagnie — 6. Compagnie — 5. Compagnie — 8. Compagnie — 7. Comp. — 10. C. — 11. Comp. — 5. C. — 8. C.

Tafel IV.

R.

r Strasse

Rei[illegible]nfolge

[illegible]ung in den Compagnien:

R.

nie [illegible]* 3. Compagnie.
I.* 1. "
II.* 4. "
[illegible]* 12. "
[illegible]* 14. "
[illegible]* 13. "
II.* 2. "

376, 375, 374, 373, 372, 377, 377 a, 378, 381 a, 382 a, 383, 380, 381, 384, 385, 387, 388

362, 363, 364, 365, 366, 368 a, 369, 360, 359, 358, 357, 356, 355, 355 a, 353, 352, 351 a, 350 a, 349, 347, 348, 346, 332, 345, 343, 342, 341, 340, 339, a, 337, 336, 335, 334, 333, 332

129, 130, 131, 132, 133, 133 a, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 143 a, 145, 146, 147 a, 148 a, 149, 151, 150, 152, 128, 153, 154, 156, 157, 158, 159, 160, 162 a, 162, 163, 164, 165, 166, 128, 167

126, 124, 123, 122, 121, 120, 118, 117, 116, 115, 114, 105, 113, 113 a, 111, 110, 109 a, 108, 107, Thor, 100, 99, 98, 97, 96, 95, 94, 93, 91, 85 a, 90, 89, 88, 87, 86, 85

13. Compagnie — V* — 14. Compagnie — 14. C. — 8. C. — 13. C. — VI* — 2. Comp. — 4. Comp. — III* — III — 4. C.

401, 402, 402 a, 385 a, 389, 390, 395, 392, 391

2. Compagnie

[illegible] Etage Dachraum.

314, [illegible], 317, 318, 319, 320, 322, 323, 325, 326, 327, 328, 289, 330, 331

3. Compagnie — 2. Compagnie — I* — II* — VII*

184, 183, 182, 181, 180, 179, 177, 176, 175, 173, 172, 171, 169, 168

1. Compagnie — 4. Compagnie

61, 63, 65, 65 a, 69, 70, 71, 72, 73, 66 a, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 83 a, 66

[illegible]RDHOSS. — 1. Compagnie — Strasse.

Theresien-Strasse.

Von diesen 21 befanden sich 2 am Ende der Gravidität, 1 im VIII.[2]) und 1 im VI. Monat; die übrigen 17 sind Gravidae, welche sämmtlich im I.—V. Monat der Schwangerschaft standen.

Unter diesen 17, im I.—V. Graviditätsmonat Befindlichen ist Unterbrechung der Schwangerschaft 15 mal beobachtet worden, 2 mal bestand die Gravidität weiter.

Unter den übrigen 4, in späteren Schwangerschaftsmonaten Befindlichen ist die Unterbrechung der Schwangerschaft 1mal sicher auf Influenza zurückzuführen gewesen, 1 mal blieb die Gravidität ganz unbeeinflusst und bezüglich der 2, am Ende der Gravidität stehenden, Fälle ist eine sichere Entscheidung leider nicht möglich — ich werde später darauf zurückkommen — ob der Partus genau am normalen Ende erfolgte.

Von den beiden Fällen — unter den 17 den I.—V. Monat der Gravidität Betreffenden —, welche keine Schwangerschaftsunterbrechung erlitten, nämlich Fr. H.[3]) (2 Monat) und Fr. S. (2½ Monat) war letztere unter ziemlich heftigem Fieber, 39,0 Abendtemperatur erkrankt; es bestand Schwindelgefühl und in den folgenden Tagen traten Rücken- und Gliederschmerzen auf; der Respirationstractus blieb vollkommen frei. Die Erkrankung hielt 10 Tage an — Temperaturerhöhungen wurden durch 0,5 Antifebrindosen mit Erfolg herabgesetzt —, völlige Gesundung erfolgte unter Schweissausbruch.

Die Krankengeschichte des anderen Falles, Fr. H., ist in der ersten Arbeit bereits skizzirt. Erwähnt sei hier nur, dass bei dieser Patientin der Bronchialkatarrh im Vordergrund stand und dass ich in diesem Falle von dem Unbeeinflusstbleiben der Gravidität überrascht war, nachdem Patientin von mir früher an Retroflexio uteri adhaesiva, Oophoritis und Endometritis behandelt, allerdings auch geheilt, worden war. Der Fall ist seinerzeit eingehend in der Münchener medic. Wochenschrift[4]) von mir besprochen worden.

Bezüglich der beiden anderen, so ziemlich am Ende der Gravidität befindlichen Fälle — Fr. B. und Fr. v. S. — darf vielleicht der zweite noch als beeinflusst von Influenza betrachtet werden.

Die betreffende Gravida hatte am Abend des der Geburt vorhergehenden Tages gefiebert, war am anderen Morgen sehr matt und müde, Nachmittags trat wieder Fieberbewegung auf und Abends 7 Uhr stellten sich plötzlich sehr kräftige Wehen ein, welche — ein seltener Fall bei einer I. para — um 9½ Abends die Ausstossung der Frucht herbeiführten. Das Kind machte den Eindruck, als sei es nicht ganz ausgetragen; seine Länge betrug nicht ganz 49 cm, sein Gewicht war 2700, Kopfumfang nur 31. Nach Rechnung war die Entbindung erst in 14 Tagen erwartet worden.

Im anderen Falle B. war die Niederkunft nach Angabe der Kranken 8 Tage zu früh eingetreten. Die Betreffende befand sich jedoch im Umzug nach einer anderen Wohnung, hatte allerdings 2 Tage vor der Geburt Influenza acquirirt, allein die Frucht war völlig ausgetragen, gross und kräftig, Länge 51, Gewicht 4000. Sollte dennoch die Berechnung der Patientin richtig gewesen sein, so ist es nicht unmöglich, dass die Aufregungen des Umzugs ebenso den Eintritt der Geburt beschleunigt haben konnten, wie die Erkrankung.

Was die 2 weiteren Fälle betrifft, welche sich im VIII. bezw. VI. Schwangerschaftsmonat befanden, nämlich Fall M.[5]) (8 Monat) und Fall D. (6 Monat), so trat bei ersterem, wie schon in der früheren Arbeit geschildert, Partus praematurus ein. Der 2., dessen Schwangerschaft nicht unterbrochen wurde, ist insoferne erwähnenswerth, als die gleiche Patientin bereits bei der früheren Influenzaepidemie als Gravida[6]) im II. Monat in Folge der Erkrankung abortirt hatte. Es war damals eine solch abundante Blutung aufgetreten, dass das Blut durch die Matratzen drang und bei meiner Ankunft unter dem Bette stand. Das Fieber war meinen Aufzeichnungen nach damals auch nicht höher als diesmal, auch war die Art der Erkrankung die gleiche; doch setzte im Jahre 1889 die Infection acuter ein als dieses Jahr, wo es möglich war, durch geeignete Behandlung einem stürmischen Verlauf vorzubeugen. Die Gravidität bestand heuer unbeeinflusst weiter und wurde zur normalen Zeit durch einen Partus ohne Kunsthilfe beendet.

Bei 15 unter 17 im I.—V. Monat Graviden ist Abortus eingetreten. Es fragt sich nun, ob hiebei jedesmal die Influenza als Ursache anzusehen ist. Ich glaube diese Frage bejahen zu dürfen, denn ich habe bezüglich der Aetiologie nach allen Richtungen Nachforschungen angestellt. So konnten besondere Alterationen nicht eruirt werden, sonstige Krankheiten wie Pneumonie, Typhus, Cholera, Masern, Pocken bestanden in keinem Falle, constitutionelle Erkrankungen wie Lues und Tuberculose waren nicht zu constatiren gewesen; Fragen nach abnormen Erschütterungen durch Fall, Stoss u. s. w. waren überall verneint worden.

In dieser Hinsicht ist die Aetiologie ja ziemlich leicht zu erforschen; anders ist es unter den gegebenen Verhältnissen mit etwa bestehenden Erkrankungen der Generationsorgane.

Gerade in diesen 15 Fällen ist die Mehrzahl, nämlich 13 mir erst zu Gesicht gekommen, als die Influenza schon aufgetreten war oder der Abort schon im Gang war. 2 Fälle waren vorher schon in meiner Behandlung gewesen, der eine wegen Retroflexio II. Gr., welcher am Ende der 8 wöchentlichen Massagebehandlung zum ersten Male concipirt hatte, der 2. wegen Cystitis. In beiden Fällen hatte früher Endometritis bestanden, dieselbe war jedoch als geheilt zu betrachten.

Ob nun in den übrigen Fällen eine Endometritis ebenfalls in Frage kam, war nicht sicher zu eruiren, denn in Folge des Abortus und der Influenza waren im Puerperium und noch darnach anormale Verhältnisse geschaffen worden, welche eine Entscheidung darüber, ob die Betreffenden vorher genitalkrank oder nicht gewesen waren, nicht zulassen konnten. Ich musste mich daher auf anamnestische Erhebungen beschränken und da ergab sich, dass Fluor von den Betreffenden insgesammt vor der Gravidität nicht bestanden hatte, bei 4 Fällen war derselbe im Verlaufe der Gravidität etwa nach 3—4 Monaten und nur schwach aufgetreten. Menstrualstörungen, Dysmenorrhöen wurden nirgends angegeben.

Ueber vorher bestandene Adnexerkrankungen lässt sich natürlich noch schwerer etwas sagen; ich glaube auf Grund der stets genau erhobenen Anamnese zu der Annahme berechtigt zu sein, dass hievon früher nichts vorhanden war.

Dagegen war es doch sehr auffallend, dass entweder mit dem charakteristischen Gefühl der Influenzaerkrankung oder nach plötzlichem Auftreten der Erkrankung entweder Blutungen oder gleich Wehen sich einstellten. Letzteres war seltener, ich konnte hierüber nur 4 mal bestimmte Angaben erhalten, in der Regel bezw. in der Mehrzahl der Fälle waren Blutungen das Primäre.

Wie ich schon früher angegeben habe und auch Gottschalk[7]) u. a., treten bei Nichtgraviden Metrorrhagien unter dem Einfluss der Influenza auf; warum sollte nicht dasselbe „Agens", das bei Nichtgraviden Blutungen bedingt, dies auch bei Graviden thun?[8]) Wenn man dann noch das Moment erwägt, was sich fast bei allen diesen Fällen mit Evidenz zeigte, dass die Aborti durchwegs mit grossem Blutverlust einhergingen, sowie — und das ist eben eine neue Beobachtung für mich gewesen, die sich mir förmlich aufdrängte, — dass die Puerperien alle bis auf den einen Fall M. der früheren Epidemie eine gewisse Abnormität aufwiesen, dass die Lochien wochenlang blutig, ja in 3 Fällen bis zum Eintritt der I. Periode blutig geblieben waren, so wird dies wohl auf Rechnung der Influenza zu setzen gewesen sein. Gerade diese protrahirten blutigen Lochien sind aber eine Beobachtung, die ich erst heuer machen konnte. In der Amann'-

[2]) Centralblatt f. Gynäkologie, 1890, No. 17, p. 301.
[3]) Centralblatt f. Gynäkologie, 1890, No. 17, p. 301.
[4]) 1890, No. 18: R. Müller, Ein durch Massage geheilter Fall von Retroflexio uteri adhaesiva.
[5]) Centralblatt f. Gynäkologie, 1890, p. 301.
[6]) Centralblatt f. Gynäkologie, 1890, p. 301.

[7]) Centralblatt f. Gynäkologie 1890, No. 3.
[8]) Vinay (Arch. de tocol. et de gynécol., 1892, No. 5 u. 6) schreibt der Influenza eine augenscheinliche Wirkung auf die Mucosa uteri zu, welche sich äussere in profusen Blutungen, Anschwellung und Empfindlichkeit . . .

Felkin (Edinb. med. journal, 1892, Februar) hält die Influenza für eine durch das Klima variirte Dengue und so wie dort beim Manne bei der Krisis heftige Seiten- und Hodenschmerzen auftreten, so ist die Erscheinung von Ovarialschmerz und Blutungen durch Ovarialirritation zu erklären.

Mijulieff (Nederl. tijdschr. v. Geneskunde, Bd. I, 1890) führt 2 Ansichten an: entweder Erkrankung der Decidua oder es kommt unter dem Einfluss specifisch-pathogener Keime ausgehend von den Schleimhäuten des Athmungs- und Verdauungstractus aus als Eingangspforte reflectorisch zu vasomotorischen Störungen, die die Blutungen veranlassen können; auch ist es möglich, dass die Mikroben Toxine bilden, welche direct auf das vasomotorische System wirken.

Mosler (Münchener medic. Wochenschr., 1890, p. 379) beschreibt einen Fall von hämorrhagischer Diathese, wo die Autopsie eines an Influenza erkrankten 17jährigen Arbeiters hämorrhagische Nephritis, Cystitis und Gastroenteritis haemorrhagica aufwies.

schen Arbeit[9]) finden sich nur 2 Fälle, bei welchen Blutungen aus dem Uterus am 7.—9. Tag auftraten; leider wird über ihre Dauer dort nichts erwähnt; dagegen gibt Amann an, dass die Lochien in 2/3 der Fälle übelriechend waren; ich kann dies bestätigen; auch die Quantität schien mir grösser zu sein; jedenfalls trat eine Verringerung derselben nicht so früh ein als bei sonst normalen Puerperien.

Möglich, dass in einigen wenigen Fällen am Ende doch kleinste Placentarreste die Blutungen unterhielten; ich glaube es trotzdem nicht, denn die Placenten und übrigen Eibestandtheile waren, wie üblich, auf's Genaueste untersucht worden und in keinem Falle war ein Defect gefunden worden. Die Abtastung des Uterus ergab allerdings fast stets eine Weichheit und Schlaffheit des Organs, wie sie nicht sein soll — die wohl auf die Influenza zurückzuführen ist —, aber eigentliche Anhaltspunkte für zurückgebliebene Reste waren keine vorhanden.

Diese blutigen Lochien wurden weder durch Hydrastis noch durch Ergotin nennenswerth beeinflusst; sie dauerten trotz energischer Darreichung anhaltend fort und alterirten in nicht wenigen Fällen die Patienten, es wurde nicht selten allen Ernstes der Befürchtung Ausdruck gegeben, ob sich nicht am Ende Geschwüre oder Geschwülste, ja Krebs gebildet hätten.

Von sehr gutem Erfolg hiefür, wie auch für die abnorm lang bestehenden Vergrösserungen des Uterus, für die Weichheit und Auflockerung des Organs, erwies sich eine nicht allzu kräftige, aber 10—15 Minuten lang etwa 3 mal die Woche ausgeübte Massage nach den Vorschriften Thure Brandt's.

Das Gefühl der „Schwäche im Unterleib", das von der Mehrzahl der Patientinnen angegeben wurde und das die Stimmung nicht wenig beeinflusste, wurde dadurch leicht und bald behoben und der Einfluss dieses Erfolges auf das Allgemeinbefinden der Betreffenden war ein geradezu verblüffender. Es beweist dies auf's Neue, dass die Generationsorgane für den weiblichen Organismus eine Bedeutung haben, die unter den nicht direct zum Leben nöthigen Organen kein anderes erreicht. Dies zeigen auch die vielen nervösen Erscheinungen, die lediglich durch Erkrankung, pathologische Veränderungen dieser Organe hervorgerufen sind.

Der sonstige Verlauf der Puerperien war gut. Einige Fälle (5) wiesen Parametritiden auf und zwar acuten Charakters. Diese Fälle stehen zur Zeit noch in Behandlung mittelst Massage.

Bezüglich der übrigen 88 nichtgraviden Patientinnen habe ich Neues den schon früher gemachten Erfahrungen nichts hinzuzufügen. Ich kann nur bestätigen, dass auch hier Metrorrhagien, nicht Menorrhagien bestanden — allerdings da, wo schon die Menses zur Zeit des Krankheitsbeginnes vorhanden waren, sollen dieselben nach Angabe der Betreffenden profuser gewesen sein als sonst; namentlich war dies bei einer schon öfter Behandelten der Fall, welche seit ihrer letzten Entbindung stets nur eintägig und schwach menstruirte. Es ist dies Frau K. S., die eine Reihe der geburtshilflich-gynäkologischen Operationen schon überstanden hatte, eine rhachitische Zwergin mit plattem Becken, an der wir seiner Zeit die Symphyseotomie mit gutem Erfolg gemacht hatten. (R. Müller und v. Noorden, Theilweise Symphyseotomie statt Kaiserschnitt.[10])

Ob eine gewisse Disposition Menstruirender zur Influenza besteht, kann ich nicht entscheiden; Anton[11]) glaubt dies und ich muss zugeben, dass auch mir diese Ansicht richtig zu sein scheint; sie lässt sich ja auch vielleicht dadurch erklären, dass eine Einwanderung des Infectionserregers in die Schleimhaut des Uterus unter diesen Verhältnissen leichter möglich ist.

Ein Fall mag vielleicht hierher gehören: er betraf Frau W. K. welche schon früher an Placenta praevia behandelt worden war — ich habe fraglichen Fall (Beitrag zur Behandlung der Placenta praevia) vor etwa 1/2 Jahr veröffentlicht.[12]) Sie menstruirte regelrecht seit 2 Tagen und acquirirte zu Hause angeblich durch einen Besuch (?) aus einer influenzakranken Familie die damalige Infection. Ihr folgten erst nach einigen Tagen der Mann und das Dienstmädchen. Auffallend daran war, dass Patientin schon früher in influenzaverseuchten Familien verkehrt hatte, ohne eine Infection davonzutragen, sowie dass sie zuerst unter den Familiengliedern von der Krankheit befallen wurde. Auch hier wurden die zuerst spärlichen Menses profus wie noch nie zuvor.

Erwähnt möge zum Schlusse noch ein Fall sein, in welchem keine Blutung trotz Influenza sich einstellte; möglich, dass die Ursache hiefür darin zu suchen ist, dass die bestehende Influenzaaffection nur 3 Tage und unter ganz schwachen Symptomen dauerte, sowie ein weiterer Fall einer nicht genitalkranken Patientin[13]), wo profuser Fluor, theilweise blutig gefärbt, auftrat und zwar 36 Stunden etwa nach dem Erscheinen der ersten Influenzasymptome.

Fasse ich meine Resultate der Jahre 1889/90 und 1894/95 zusammen, so ergibt sich: von 157 Influenzakranken waren 21 im Zustande der Gravidität, 138 nicht gravid. Unter den 21 Graviden ist in 17 Fällen die Schwangerschaft vorzeitig unterbrochen worden, in 4 Fällen hat die Gravidität trotz Influenza weiterbestanden.

Die 138 Nichtgraviden zeigten sämmtlich mit Ausnahme von 3 Fällen Veränderungen der Generationsorgane, die sich theils in Metrorrhagien, theils in Menorrhagien, theils in einer gleichzeitigen Verschlimmerung bereits bestehender Sexualleiden äusserten. Ich glaube demnach behaupten zu dürfen, dass die Influenza in weitaus der Mehrzahl der Fälle beim weiblichen Geschlecht die Generationsorgane afficirt.

Wie bei Cholera, Typhus, Masern, Scharlach etc. tritt eine hämorrhagische Endometritis ein, die zu Blutungen und zur Unterbrechung bestehender Gravidität führt. Diese Analogie zwischen den obengenannten Krankheiten, sowie der klinische Verlauf der Influenza sprechen für einen bakteriellen Ursprung der Erkrankung, was ja auch die diesbezüglichen Arbeiten von Pfeiffer, Löffler, Fischl etc. bewiesen haben.

Der Umstand, dass nach Ablauf der Erkrankung vielfach Vergrösserung des Uterus, Auflockerung etc. des Organs, kurz die Symptome einer fortbestehenden Endometritis sich zeigten, scheint dafür zu sprechen, dass öfters die durch Influenza bedingte Endometritis in die chronische Form übergehen kann, was bei geeigneter Pflege und Fernhalten von Schädlichkeiten aber nicht der Fall zu sein braucht.

Bezüglich der Therapie muss sich die Aufmerksamkeit hauptsächlich der Bekämpfung der Grundkrankheit zuwenden. Für die Blutungen gibt es geringe Hilfe in Secale eventuell Hydrastis, letzteres wohl mit wenig Erfolg.

Gegen Schmerzen, hervorgerufen in den Sexualorganen selbst, sind die bekannten therapeutischen Maassnahmen: Wicklungen, Eis, Opium eventuell Abführmittel, Scheidenirrigationen, Morphiumsuppositorien etc. am Platze. Einen Vorzug verdienen eventuell Massirungen des Uterus sowohl bei Blutungen als bei bestehenden Vergrösserungen des Organs, jedoch erst nachdem das Fieber längere Zeit geschwunden ist.

Ob es schliesslich nicht gerathen sein dürfte, als Art Prophylacticum zur Zeit einer Influenzaepidemie den Patientinnen resp. den Angehörigen des schöneren Geschlechts überhaupt mehrmals täglich zu applicirende Scheidenirrigationen mit einem Desinficienz zu empfehlen, ähnlich wie Laborde und Magilot[14]) eine Antisepsis des Mundes — mit Erfolg — anriethen, wäre wohl des Versuches werth.

9) Münchener medic. Wochenschrift, 1890, No. 9 u. 10.
10) Berliner klinische Wochenschrift, 1893, No. 8.
11) Münchener medic. Wochenschrift, 1890, No. 3.
12) Aerztliche Rundschau, 1894, No. 46.
13) Centralblatt f. Gynäkologie, 1890, p. 300.
14) Münchener medic. Wochenschrift, 1892, p. 137.

Die Behandlung der Perityphlitis im Kindesalter.

Von Dr. *Arthur Schlossmann*, Specialarzt für Kinderkrankheiten in Dresden.

Die Behandlung der Perityphlitis im Kindesalter stimmt zwar mit der bei Erwachsenen anzuwendenden in den allgemeinen Grundzügen überein, immerhin aber zeigen sich auch bei dieser Krankheit sowohl im allgemeinen Verlauf als auch im besonderen im Verhalten gegenüber den therapeutischen Maass-

nahmen eigenartige Unterschiede des kindlichen Organismus, die eine gesonderte Besprechung nicht überflüssig erscheinen lassen.

So allgemein auch jetzt das Interesse auf diese Materie durch das Erfolg versprechende activere Eingreifen der Chirurgie gerichtet ist, so kommen doch immer wieder und wieder Fälle zur Beobachtung, in denen von vornherein ein therapeutischer Weg eingeschlagen wird, der, statt eine Besserung herbeizuführen, eher geeignet erscheint, den Ausgang ad pejus zu wenden. Erst jüngst publicirte Schäfer[1]) einen derartigen Fall aus der Soltmann'schen Klinik, bei dem er es mit Recht für denkbar hält, dass sowohl die Perforation des Processus vermiformis als auch der secundäre Durchbruch des Abscesses in die Bauchhöhle durch die vor der Aufnahme ins Krankenhaus verordneten Abführmittel und Einläufe verursacht worden ist. Auch ich habe kürzlich Gelegenheit gehabt eine Perityphlitis bei einem 5½ jährigen Knaben zu sehen, dem anderweitig zunächst 10 Dosen Calomel zu 0,1 g verordnet worden waren, um die bestehende Obstipation zu beheben.

Die erste Bedingung, die erfüllt werden muss, wenn man eine Perityphlitis richtig behandeln will, ist, sie frühzeitig zu erkennen. Mühelos und leicht gelingt dies, wenn das ganze Krankheitsbild rasch und heftig zu stande kommt und wir den Patienten schon mit ausgesprochenen Symptomen zu Gesicht bekommen. Ueberaus häufig aber sind die prämonitorischen Zeichen nicht ganz leicht zu deuten. Appetitmangel, vage Schmerzen im Abdomen, Erbrechen, leichte Durchfälle ebenso wie Verstopfung, Temperatursteigerungen geringeren Grades sind in den Fällen mit schleichendem Beginn zu beobachten. Uebrigens soll nach Matterstock[2]) in ca. 30 Proc. der Anfang der Erkrankung ein derartig subacuter sein. Hier wird die genaue palpatorische Untersuchung zuweilen einigen Aufschluss geben können und ebenso, wie wir bei allen vagen Klagen zunächst fast automatisch den Pharynx genau untersuchen, soll man in jedem Falle unbestimmter gastrischer oder allgemeiner Krankheitserscheinungen seine Aufmerksamkeit auf die Fossa iliaca dextra richten. Ruft die Betastung dieser Gegend eine Exacerbation des Schmerzes hervor, fühlt man nur die geringste verdächtige Resistenz oder ergeben sich percuttorisch circumscripte Schalldifferenzen, so ist sofort die höchste Vorsicht geboten. Bei Kindern, die noch nicht sprechen können und bei ungeberdigen kleinen Leuten, die der Untersuchung durch Schreien und durch Anspannen der Bauchdecken Widerstand entgegensetzen, erhöhen sich die diagnostischen Schwierigkeiten noch um ein wesentliches. Aber man soll sich, wie Ashby[3]) betont, eher insofern einmal irren, als man zu vorsichtig gewesen ist, denn je eine beginnende Perityphlitis mit Abführmitteln und Eingiessungen verschlimmert haben; ein Irrthum in dieser Richtung kann leicht ein Menschenleben kosten!

Liegt nun Verdacht auf eine beginnende Perityphlitis oder schon sichere Anzeichen für eine solche vor, so ist zunächst der ersten Indication Genüge zu leisten und der Darm absolut ruhig zu stellen. Denn in der Möglichkeit, durch eine solche Ruhigstellung den entzündlichen Process stehen bleiben und alsdann wieder zurückgehen zu sehen oder aber wenigstens zahlreiche und feste Verklebungen herbeizuführen und so an Stelle der allgemeinen Peritonitis eine locale Abscessbildung treten zu lassen, beruht ja die einzige Aussicht auf einen günstigen Verlauf. Nun kommt es aber gerade im Kindesalter rascher und häufiger zur Nekrose und zur Gangrän des Wurmfortsatzes, wie die anatomischen Ausführungen Matterstock's und Parker's ebenso wie der nicht selten überaus rasche klinische Verlauf, für den die Literatur genügend Beispiele erbringt, beweisen. Man hat daher schon geraume Zeit den früheren Weg, der durch Abführmittel und Klystiere den Darm reinigen und die entzündungserzeugenden Kothmassen, denen bei dem ganzen Krankheitsprocess eine wichtige ätiologische Rolle zugetheilt wurde, entfernen wollte, als gefährlich und falsch verlassen und ist wohl jetzt ausnahmslos auf die Darreichung des Opiums gekommen. Weniger einig als über das Mittel selbst sind aber die Ansichten über die Höhe der Dosis, mit Hilfe deren eine genügende Ruhigstellung des Darmes zu erreichen ist.

Bekanntlich ist ja bei Darreichung von Opiaten im Kindesalter die allergrösste Vorsicht geboten, da die individuelle Fähigkeit dieses zu vertragen besonders bei Kindern eine überaus verschiedene ist und wir Beispiele genug kennen, in denen schon durch minimale Gaben lebensbedrohende Vergiftungserscheinungen ausgelöst worden sind. So berichtet Lewin[4]) über Todesfälle nach 0,0006 resp. 0,0003 g Opium. Doch ebenso wie der Alkohol auf verschiedene Individuen verschiedengradige Wirkungen ausübt und vor allem gerade Kinder schon durch kleinste Mengen in schwere, rauschartige Zustände — oft genug mit tödtlichem Ausgange — verfallen, während andere eine ganz beträchtliche Portion ohne sichtbaren Einfluss vertragen können, so gibt es auch Naturen, die dem Opium gegenüber eine weitgehende Toleranz zeigen. So berichtet jüngst Brothers[5]) über den günstigen Verlauf einer Intoxication eines 5 monatlichen Kindes, das ein für seinen Vater bestimmtes, 0,065 Pulvis Opii enthaltendes Pulver verabreicht bekommen hatte. Schwankt somit die letale Dosis hier innerhalb sehr weit auseinander liegender Grenzen, so gilt dies natürlich in gleichem Maasse für die zur Erzielung arzneilicher Wirkungen nöthige Giftmenge. Wie soll man also rasch und sicher die richtige Gabe bestimmen?

Die Berechnung der Dosis für Arzneimittel im Kindesalter wird ja, ich folge hier der Darstellung Baginsky's[6]), so geübt, dass man in den ersten Lebensmonaten $^1/_{15}$—$^1/_{12}$, am Ende des ersten Lebensjahres $^1/_{10}$, im 2. und 3. Lebensjahre $^1/_8$—$^1/_4$, im 4.—7. Lebensjahre $^1/_3$—$^1/_2$ der für den Erwachsenen nöthigen Menge gibt. Aber gerade für die Narcotica, so betont der angeführte Autor, haben diese allgemeinen Angaben insofern nur beschränkten Werth, als jede Individualität und Constitution eine andere Dosirung der Gabe erheischt. Auch Foussagrives[7]), der eine in Frankreich viel verwandte Formel zur Reducirung der Dosis für jedes Alter gegeben hat (dieselbe ist ein Bruch, in dem der Zähler das Alter des Kindes, der Nenner das Alter des Kindes plus 12 [bis zu einem Jahr] resp. plus 13 [bei über einem Jahre alten] darstellt), nimmt ausdrücklich das Opium von der allgemeinen Regel aus, da z. B. 25 Tropfen der Tinctur nur eine physiologische Wirkung auf den Erwachsenen ausüben, während 1 Tropfen schon ein Kind von 3 Kilo zu tödten vermag. Wir befinden uns daher zunächst bei der Behandlung der Perityphlitis in einem gewissen Dilemma, insofern als einerseits bei Darreichung des hier nöthigen Mittels grosse Vorsicht vonnöthen ist, andererseits aber die Indicatio vitalis dazu drängt, das Opium in einer schon stark in das Toxisch übergreifenden Dosis zu geben. Da kommt uns nun die merkwürdige, erfahrungsgemäss festgestellte Thatsache zu gute, dass nämlich bei allen entzündlichen Reizzuständen des Peritoneums das Opium in relativ sehr grossen, manchmal in fast nicht glaublichen Mengen vertragen wird, ohne die sonst so gefürchteten Vergiftungserscheinungen, ja sogar ohne die übliche physiologische Wirkung auszuüben. So sah z. B. Soltmann in dem schon erwähnten, von Schäfer publicirten Falle trotz Opium in grossen und immer dreisteren Dosen (die Höhe der Gaben ist leider nicht angeführt) die Peristaltik des Darmes anhalten, so dass diarrhoische Stühle erfolgten. Aehnliches weiss Henoch[8]) zu berichten, z. B. bei einem 5½ jährigen Mädchen, wo trotz Opium die heftigen Koliken, Diarrhoe und Tenesmus fortbestanden. Ich selbst sah jüngst bei einem 13 monatlichen Knaben mit circumscripter Peritonitis, dem stündlich und thee-

[1]) Schäfer, Zur Perityphlitis im Kindesalter. Deutsche med. Wochenschrift, 1895, No. 14.

[2]) Matterstock, Perityphlitis in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten, IV. Band, II. Abtheilung.

[3]) Ashby and Wright, The diseases of children. 1892.

[4]) Lewin, in Eulenburg's Realencyklopädie, Bd. XV.

[5]) Brothers, Case of Opium Poisoning in a five Month's baby. Archives of Paed., 1895, II.

[6]) Baginsky, Lehrbuch der Kinderkrankheiten.

[7]) Le Gendre et Broca, Thérapeutique infantile.

[8]) Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten.

löffelweise unter steter Controle von einer 1 Proc. Tinctura Opii enthaltenden Medicin (Rp.: T. Opii 1,0 Infus. Chamomill. ad 100) gereicht wurde, nicht nur nicht das geringste beunruhigende Symptom, sondern es erfolgten spontane Stuhlentleerungen und der Patient war zuerst so unruhig, dass das Mittel rascher hintereinander gegeben werden musste.

Ich habe übrigens auch in der Literatur keinen einzigen Fall finden können, in der die Anwendung des Opiums bei Perityphlitis beängstigende Erscheinungen im Gefolge gehabt hätte. Man wird daher hier in vorsichtiger, aber ausgiebiger Weise (Baginsky) mit dreisten Dosen (Schäfer) das Opium anwenden, und zwar in solchen Mengen, dass ein leichter Grad von Somnolenz hervorgerufen und erhalten wird (Matterstock), nicht nur bis der Schmerz völlig behoben, sondern bis das Kind fast betäubt ist (Ashby). Dies ist um so wichtiger, als ja die kleinen Patienten sonst schwer oder gar nicht in absoluter Ruhe im Bette zu erhalten sind und die Einsicht, die den Verständigen nach Kenntnissnahme der ihm drohenden Gefahr schon vor unvorsichtigen Bewegungen und lautem Schreien zurückhält, hier noch fehlt.

Bestimmte Zahlen, in welcher Höhe das Opiat zu geben ist, um den angedeuteten Grad seiner Wirkung zu erzielen, lassen sich nach dem Gesagten natürlich nicht geben. Am besten verschreibt man eine gewisse Menge der Tinctura simplex, die man nach Alter und Entwickelung des Kindes approximativ für 2 Tage ausreichend hält, in 100 g Infus. Chamomillae oder öliger Emulsion und gibt nun zunächst einmal 1 Esslöffel oder Kinderlöffel voll. Nach einer Stunde des Zuwartens beginnt man alsdann, je nachdem, was mit der ersten Gabe für eine Wirkung erreicht ist, in viertel-, halb- oder ganzstündlichen Zwischenräumen thee- oder kinderlöffelweise die Darreichung zu wiederholen, bis die Schmerzen nachgelassen, das meist unaufhörliche Wimmern langsam aufgehört hat und das Kind in einen gewissen Grad der Apathie verfallen ist, ohne dass aber die Reflexbewegungen auch auf leichte äussere Reize völlig aufgehoben sind. Unter steter Controle des Pulses und der Pupillen kann man sich schon innerhalb kurzer Zeit ein Bild von der individuellen Toleranz des Kranken gegenüber dem Opium machen und bestimmt danach, in welchen Zwischenräumen und welchen Einzelgaben fortgefahren werden soll, um das Kind dauernd in dem leicht soporösen Zustande zu erhalten. Dass zunächst unablässliche ärztliche Aufsicht, später eine ganz genaue Instruction eines intelligenten Pflegepersonales nöthig ist, braucht wohl kaum betont zu werden, wie ja ohnehin die Perityphlitis durch ihren oft überraschend schnellen Verlauf und der somit plötzlich veränderten Indication durch die Nothwendigkeit häufig wiederholter Untersuchungen die grössten Anforderungen an die ärztliche Gewissenhaftigkeit stellt. — Mit der Darreichung des Opium nach den dargestellten Grundsätzen ist fortzufahren, bis eine Rückbildung der localen Krankheitserscheinungen auf das Normale eintritt oder aber der operative Eingriff unternommen wird. Die Befürchtung, etwa durch die andauernde Opiumbehandlung die Stuhlentleerung gefährdend zu verzögern, ist keineswegs berechtigt; denn erstlich tritt häufig trotz aller Opiumgaben reichlich Stuhl ein und zweitens hat auch eine Tage lang anhaltende Obstipation durchaus nichts zu sagen. — Wesentlich erschwert können die therapeutischen Maassnahmen dann werden, wenn von Anfang an heftige Brechneigung besteht und das eingeführte Medicament sofort wieder herausgegeben wird. Man versuche alsdann die Darreichung desselben in eiskaltem Zustande, eventuell unter Zusatz von einem Tropfen Olei Menthae piper. auf 100 g der Mischung. Hat auch dies keinen Erfolg, so ist die Anwendung subcutaner Morphiuminjectionen empfohlen worden. Aber abgesehen davon, dass diese Verabreichungsart im Kindesalter mit noch wesentlich grösseren Gefahren verbunden, dass ja auch das Morphium nicht in demselben Grade peristaltik-herabsetzend wirkt als das Opium, so tritt ausserdem gerade hiernach nicht selten erst recht heftiges Erbrechen ein. Wir können daher in solchen Fällen eher zu Opiumsuppositorien rathen.

Dass neben der medicamentösen Behandlung zur Ruhigstellung des Darmes unbedingte Bettruhe erforderlich ist, braucht wohl als selbstverständlich kaum erwähnt zu werden. Zum gleichen Zwecke und zugleich in der Absicht, antiphlogistisch zu wirken, wendet man local die Kälte an. Bedient man sich dabei einer Eisblase, so ist darauf zu achten, dass dieselbe nicht etwa durch ihre Schwere einen Druck ausübt; man lässt sie zweckmässig an einer am Bette befestigten Querstange hängen und nur gerade das Abdomen berühren. Das Gleiche wie die Eisblase erreichen auf Eis gekühlte Compressen, die alle 2 Minuten zu wechseln sind. Die Haut hat man, um sie vor Reizung und Ekzem zu schützen, mit einem Hauche Fett zu überziehen. Wird, wie dies im Anfang, ehe das Opium seine Wirkung zu entfalten begonnen hat, zuweilen geschieht, Kälte nicht vertragen, so bringen manchmal heisse Umschläge, am besten mit Chamillenthee getränkt, momentane Erleichterung.

Ein viertes Mittel, der Peristaltik des Darmes entgegenzuarbeiten, würde ausser Opium, Ruhe und localer, thermischer Beeinflussung das absolute Abschneiden aller Nahrungszufuhr bieten. In der That ist dies auch erst in jüngster Zeit empfohlen worden (Sahli)[9]. Da aber Kinder erfahrungsgemäss überaus rasch verfallen und wir doch die Pflicht haben, schon aus Rücksicht auf den eventuell vorzunehmenden operativen Eingriff die Kräfte möglichst zu schonen, so muss man unbedingt, wenigstens gilt dies für den kindlichen Organismus, Ersatzstoffe zuführen. Theelöffelweise, in kurzen Zwischenräumen wiederholte Darreichung auf Eis gekühlter Flüssigkeiten, — Milch, kräftige Fleischbrühe, Valentine's Meat-juice und ähnliche Präparate, vor Allem Fleischsafteis nach Ziemssen's Vorschrift oder besser noch nach Art des Vanilleneises mit Sahne bereitet — wird raschem Kräfteverluste vorbeugen. Ueble Folgen einer derartigen, vorsichtigen Ernährungsweise sind nirgends beobachtet worden; ich sehe daher keinen Grund, warum man die Ernährung per os absolut sistiren sollte, um so mehr als die zum Ersatz von Sahli angerathenen Nährklystiere, zumal bei der Schwierigkeit, dieselben ungeberdigen Kindern ohne Hervorrufen einer heftigen Emotion und entsprechender Abwehrbewegungen zu appliciren, einen ganz beträchtlichen Anreiz für den Darm mit peristaltischen Bewegungen zu antworten darstellen. Die grösste Vorsicht in Bezug auf die Ernährung hat übrigens auch bei der Nachbehandlung zu herrschen und nur ganz langsam und allmählich darf nach Rückbildung der entzündlichen Vorgänge zu consistenteren Speisen übergegangen werden. Was die Verabfolgung spirituöser Getränke betrifft, die ja sonst bei der Bekämpfung acuter Krankheiten des Kindesalters eine so wichtige Rolle spielen, so unterbleibt dieselbe in unserem Falle zweckmässiger, ebenfalls wegen ihrer Fähigkeit, auf die Thätigkeit des Darmes belebend einzuwirken. Sind daher Analeptica nöthig, so greife man zu den subcutan einzuführenden: Oleum camphoratum, Tinct. Moschi, Aether sulphur. u. s. w.

Was nun die Frage anbetrifft, die mit die wichtigste bei der Behandlung der Perityphlitis ist, wann nämlich das Messer in Action zu treten hat, so sind die Ansichten hierüber, wie auch die Verhandlungen des letzten Congresses für innere Medicin ergeben haben, insofern nicht völlig ungetheilt, als der Eine zeitiger, der Andere später diesen Moment für gekommen erachtet: dass aber die Ultima ratio im chirurgischen Eingriff liegt und dass, wie Oppenheim[10]) sich ausdrückt, die Perityphlitis eine Krankheit ist, deren Behandlung nur derjenige leiten darf, welcher sich chirurgischen Anschauungen nicht verschliesst, darüber sind sich alle Stimmen einig. In Bezug auf die Beurtheilung des für die Operation geeignetesten Augenblickes sei hier nur auf die erwähnten Verhandlungen zurückverwiesen, in denen Vertreter der Frühoperation, wie die eines mehr exspectativen Verfahrens alles Wissenswerthe angeführt haben. Bei dem rapiden Verlauf, den die Perityphlitis gerade im Kindesalter häufig nimmt, möchte ich persönlich auf ein relativ zeitiges Eingreifen die grösseren Hoffnungen setzen.

---

[9]) Centralblatt für klin. Medicin, 1893, 30. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1892.

[10]) Zur Frage der Perityphlitis. Deutsche med. Wochenschrift, 1894, No. 28.

Jedenfalls haben wir aber von vornherein die Pflicht, die Angehörigen auf die Eventualität einer Operation vorzubereiten, damit wir, wenn die Nothwendigkeit der That eintritt, nicht kostbare Zeit mit der Ueberwindung des anfänglich wohl immer vorhandenen Widerstandes verlieren.

Ein Fall von Spinalapoplexie.

Von Dr. *Göbel* in Auerbach i. Vogtl.

Die Seltenheit primärer Rückenmarksblutungen veranlasst mich zur Veröffentlichung folgenden Krankheitsfalles:

Vorigen Sommer 1894 liess mich der 61jährige Maurer K. rufen, damit ich ihn von seinem Rückenmarksleiden befreie.

Die Anamnese ergab Folgendes: K. war stets gesund, ist hereditär und luetisch nicht belastet. Als Maurer brauchte er täglich 1/2 Liter Schnaps. Seit 4 Jahren ist er krank und zwar begann sein Leiden plötzlich. Als er nämlich eines Tages im Winter (1890) das Eis in seinem Hofe aufhackte, überfiel ihn ein Schwindel und er musste sich in's Zimmer schleppen und legen. Nach kleiner Weile versuchte er wieder aufzustehen, um weiter zu arbeiten, aber er konnte nicht. 14 Tage verbrachte er in leidlichem Zustand. Da wurde K. plötzlich wieder schwindlig. Das Gefühl war in allen vier Extremitäten weg, die Beine hingen wie Blei am Körper und konnten nicht von selber bewegt werden. Zugleich empfand K. schmerzhaftes Zusammenziehen im Leib, wie „mit einem Riemen". Seit dieser Zeit bestehen hartnäckige Verstopfung und anfallsweise Schmerzen im Leib, oft mit Erbrechen. Auch das Wasserlassen gehe seitdem schwer, er müsse immer lange drücken. Im Laufe des ersten Vierteljahres besserten sich die Erscheinungen soweit, dass er wieder selbständig ausser Bett könne, aber sich immer dabei überall anhalten müsse, Die Tastempfindung sei auch so weit wiedergekehrt, dass er Löffel und Besteck wieder halten könne. Die gürtelförmigen Schmerzen im Leib, Blasen- und Darmbeschwerden bestehen aber unverändert fort.

Status: Pat. ist ein langer, normal gebauter Mann. An den unteren Extremitäten hochgradig abgemagert, verbringt er seine Zeit stets im Bette. Keine eigentliche Kachexie. Gesichtsausdruck munter. Sinnesorgane normal. Pupillen weit, aber prompt lichtempfindlich. Herz und Lungen gesund. Mässige Arteriosklerose Active Beweglichkeit allenthalben erhalten. Motorische Reizerscheinungen, Intentionszittern, Coordinationsstörungen nicht nachzuweisen. Passive Beweglichkeit leicht ausführbar. Dagegen zeigt sich hochgradige Atrophie aller Muskeln, besonders am Unterschenkel, so dass Patient ohne Stütze überhaupt nicht stehen kann. — Druck auf das flache Abdomen sehr schmerzhaft. — Nadelspitze und Nadelkopf werden überall deutlich unterschieden und richtig localisirt. Schmerzempfindung bes. beim Stechen mit der Nadel im Bereich der unteren Körperhälfte ist erhöht. Temperatursinn ungestört. Keine verlangsamte Schmerzleitung. Kremaster- und Fusssohlenreflex sehr erhöht. Patellarreflexe erloschen. Sonstige Störungen ausser den in der Anamnese erhobenen nicht vorhanden.

Die Abhängigkeit der Blasenbeschwerden von einer Rückenmarksaffection wurde durch das Fehlen anderer Ursachen festgestellt.

Es handelte sich also um eine apoplektiform eintretende Lähmung der unteren Extremitäten nebst Empfindungslähmung bis hinauf zu Gebieten, die vom Halsmark versorgt werden. Diese Störungen gehen analog denen bei Apoplexia cerebri in der Folgezeit bis auf einen bleibenden Rest zurück.

Eine innere Ursache für vorliegenden Krankheitsfall liesse sich höchstens in der bestehenden Arteriosklerose finden. Als Gelegenheitsursache wäre die körperliche Anstrengung des Eisaufhackens in Betracht zu ziehen, vielleicht auch eine dabei erlittene Erkältung.

Anamnese und Verlauf deuten ziemlich bestimmt auf eine Spinalblutung hin. Der Umstand, dass Anfangs auch die oberen Extremitäten in theilweise Mitleidenschaft gezogen waren, lässt wohl an eine Röhrenblutung (Leube, Diagnostik) denken, oder aus einer Stauung sich erklären, die der Bluterguss durch Compression abführender Bahnen bewirkte.

Diagnostisch in Frage käme dem Befund nach höchstens eine acute Myelitis, aber auch diese kann man nach Anamnese und Verlauf ausschliessen.

Eine elektrische Prüfung der atrophischen Muskeln konnte ich nicht vornehmen, da der Kranke bald wieder aus der Behandlung ging. Patient lebt noch und es soll in seinem Befinden bis jetzt keine Veränderung eingetreten sein.

Bezüglich der Differentialdiagnose, ob meningeale oder myelogene Apoplexie vorgelegen, ob die Vorderhörnerzellen lediglich durch Druck des Blutergusses in der Ernährung gelitten und in Folge dessen die zugehörigen Muskeln atrophirten, das Alles liegt in der Regel zwar im Bereich der Vermuthung, im vorliegenden Falle sind aber immerhin einige Gründe zu der Annahme einer meningealen Blutung vorhanden. Vor Allem muss die Blutung ziemlich gross gewesen sein, denn alle 4 Extremitäten waren afficirt. Würde es sich um eine myelogene Apoplexie gehandelt haben, so dürfte man annehmen, dass ausgedehntere Verwüstungen der Rückenmarkssubstanz an umschriebener Stelle stattgefunden. Dagegen spricht aber wieder der fast complete Rückgang der Lähmungserscheinungen. Also die Seitenstränge (Pyramidenbahnen) sind jedenfalls intact. Eine Zertrümmerung der Hinterhörner kann aber auch nicht stattgefunden haben; denn nirgends besteht Anästhesie, Decubitus oder sonstige trophische Störungen. Die allerdings bestehende hochgradige Atrophie der Unterextremitätenmuskeln könnte man freilich auf eine Störung der Vorderhornganglienzellen zurückführen. Aber auch dazu liegt kein zwingender Grund vor. Gleiche Atrophie tritt ja auch ein bei Functionsunterbrechung der vorderen Rückenmarksnervenwurzeln; ja, diese Annahme liegt sogar näher, wenn „starkes Gürtel- oder Reifengefühl und Schmerzen vorhanden sind, welche als Reizungssymptome der meist gleichzeitig betroffenen hinteren Nervenwurzeln aufzufassen sind" (Eichhorst sp. Path. u. Ther. [1891] III, 179).

Dies ist aber hier der Fall, und es sprechen direct für Reizung der hinteren Nervenwurzeln die Hyperästhesie der Haut, die erhöhten Sohlenreflexe und sehr lebhafte Ulnarisreflexe.

Nach alledem darf man wohl eine myelogene Blutung ziemlich sicher ausschliessen und an der Diagnose „meningeale Spinalapoplexie" festhalten.

Feuilleton.

Nachträgliches zur Hamburger Cholera-Epidemie von 1892.

Von Dr. *Th. Deneke*, Physicus in Hamburg.

Dr. F. Wolter in Hamburg hat in No. 25 und 26 des laufenden Jahrgangs dieser Zeitschrift einen Aufsatz veröffentlicht, in welchem er den im Auftrage des Kais. Gesundheitsamtes verfassten Bericht von Prof. Gaffky über die Hamburger Cholera-Epidemie des Jahres 1892 einer Kritik und zwar einer in den wesentlichen Punkten abfälligen Kritik unterzieht.

Wolter will an eine Verbreitung der Cholerakeime durch Trinkwasser nicht glauben und Alles durch örtlich zeitliche Verhältnisse erklären; das Zugeständniss v. Pettenkofer's, der Koch'sche Kommabacillus sei der Krankheitserreger der asiatischen Cholera, erwähnt er nicht; die Anerkennung Koch's von der hohen epidemiologischen Bedeutung örtlicher, zeitlicher und individueller Verhältnisse hat anscheinend auch keinen Eindruck auf ihn gemacht. Bekanntlich hat auf der Magdeburger Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege im Jahre 1894 eine sehr erfreuliche Annäherung der Vertreter der Pettenkofer'schen und Koch'schen Anschauungen stattgefunden. Von v. Kerschensteiner und Gaffky gemeinsam aufgestellte Thesen standen zur Verhandlung und wurden von den anwesenden Vertretern der verschiedensten hygienischen Richtungen im Wesentlichen zustimmend besprochen. Danach könnte dieser von einem unserer jüngsten Choleraschriftsteller ausgehende Angriff auf Prof. Gaffky füglich auf sich beruhen bleiben. In der That ist es auch nicht meine Absicht, sämmtliche Einwände, die Wolter gegen die Annahme einer Verbreitung des Cholerakeimes durch Trinkwasser in Hamburg 1892 erhebt, ausführlich zu besprechen, noch weniger mich in eine principielle Erörterung der epidemiologischen Streitfrage einzulassen. Nur der Umstand, dass Dr. Wolter in seinem Aufsatz manche unrichtigen Thatsachen mittheilt, die sich auf örtliche Verhältnisse beziehen und die, weil von einem Hamburger herrührend, auswärts für richtig gehalten werden könnten, veranlasst mich, auf einzelne Punkte der Wolter'schen Arbeit hier etwas näher einzugehen.

1) W. bestreitet zunächst das „explosionsartige" Auftreten der Epidemie; dieselbe habe in der Zeit vom 13.—27. resp. 30. August mit jener Gleichmässigkeit, welche ihrem Auftreten überall eigen sei, zugenommen, Ende der 2. resp. Anfang der 3. Woche ihren Höhepunkt erreicht und dann in circa 8 Wochen, also viermal langsamer als der Anstieg, abgenommen. Nun ist es richtig, dass Gaffky den ersten sicheren Cholerafall (den in Altona wohnenden und dort in Behandlung gekommenen Kähler) auf den 14. August verlegt. Die nächsten dann folgenden Erkrankungen in Hamburg sind 2 Fälle am 16., 4 am 17. August. Diese noch ganz vereinzelten und auf den Hafen beschränkten Fälle als Epidemie in einer Stadt von 580000 Ein-

wohnern zu rechnen, wird niemandem, am wenigsten einem Localisten wie Wolter einfallen. Sie sind gewissermaassen als die Zündschnur zu betrachten, deren Glimmen der Explosion vorangeht. Diese erfolgte nun in den folgenden Tagen mit einer nie auch nur annähernd bei früheren Epidemien in Hamburg beobachteten Heftigkeit, innerhalb 10 Tagen (also nicht 14 Tagen bis 3 Wochen) stieg die Erkrankungsziffer von **12** Fällen am 18. August auf **1024** am 27. August und zwar — was ein ganz wesentlicher Punkt bei der Vergleichung dieses Ausbruchs mit einer „Explosion" ist und von Wolter gar nicht beachtet wird — es brannte gleichzeitig an allen Ecken des über 7000 Hektar grossen städtischen Gebiets, in entlegenen, auf trockenem reinsten Sandboden erst vor wenigen Jahren erstandenen Vororten ebenso wie in den seit Jahrhunderten bewohnten, auf niedrigem, stets feuchten Marschboden stehenden Stadtvierteln innerhalb der alten Festungswälle. Zwischen den einzelnen Vororten liegen, wie die dem Gaffky'schen Buche beigegebene Karte zeigt, grosse, unbebaute Strecken, und doch traten überall mit einem Schlage die Erkrankungen auf, schon am 18. August zum Theil in Vororten, die 5—7 km vom Hafen entfernt sind, bei Personen, die keinerlei Beziehungen zu den früher Erkrankten haben. Dann folgte sofort gleichzeitig in allen Theilen des städtischen Gebiets, soweit das Leitungsnetz des Wasserwerks sich erstreckte, eine rapide Zunahme der Fälle zu einer früher nie erreichten Höhe; die Vergleichung mit einer Explosion war durch alle diese Umstände von selbst gegeben.

Verlauf der grösseren Cholera-Epidemien in Hamburg, graphische Darstellung der wöchentlichen Erkrankungen, berechnet auf 1000 Lebende.

Fig. 1.

Auch betreffs des weiteren Verlaufs der Epidemie ist Wolter's Schilderung unrichtig. Nur vom 26. bis zum 30. August, also im Ganzen 5 Tage hielt sich die Epidemie auf voller Höhe mit Erkrankungszahlen von 903—1024, dann erfolgte ein schneller Abfall in 5 Wochen (genau 36 Tagen) bis auf 13 Erkrankungsfälle am 5. October. Die nun noch folgenden ganz vereinzelten Erkrankungen, die sich bis zum 12. November hinzogen und nur an 2 Tagen sich über die Zahl 10 erhoben, kann man, gerade vom Standpunkt Wolter's aus, nicht mehr als Epidemie rechnen.

Ein Blick auf Figur 1, in welcher die bisherigen grösseren Hamburger Epidemien in ihrer wöchentlichen Erkrankungsziffer, berechnet als Verhältnisszahl auf 1000 Lebende, eingetragen sind, zeigt schlagend die Unterschiede zwischen der 1892 er und den früheren Hamburger Epidemien; es wird jedem, der diese graphische Darstellung näher betrachtet, unverständlich sein, wie Wolter behaupten kann, dieselbe habe genau denselben Verlauf genommen wie frühere Hamburger Cholera-Epidemien, bei welchen eine centrale Wasserversorgung noch nicht in Betracht kam. Wenn ich, um den Vergleich für Wolter's Behauptung möglichst günstig zu machen, diejenigen früheren Epidemien auswähle, die den steilsten Anstieg zeigen und somit in der Art des Ausbruchs der Epidemie von 1892 noch am ähnlichsten sind, dann ergeben sich folgende Zahlen für die ersten drei Wochen jeder Epidemie.

Cholera-Erkrankungen:	1831	1848	1892
a) Absolute Zahlen			
1. Woche	34	35	115
2. Woche	178	396	3593
3. Woche	269	606	6157
b) Verhältnisszahlen auf 1000 Einw.			
1. Woche	0,18	0,17	0,18
2. Woche	0,97	1,88	5,61
3. Woche	1,46	2,87	9,60

Man sieht (s. Fig. 1), ein „gleichmässiges" Ansteigen liegt allerdings in allen drei Fällen vor, doch wird 1892 in der gleichen Zeit die 3- bis $6^1/_2$fache Höhe erreicht als 1848 und 1831, in absoluten Zahlen sogar die 10—23fache Höhe. Dass auch, abgesehen von den soeben nachgewiesenen grossen Unterschieden in der Heftigkeit des Auftretens der örtliche Verlauf jener früheren Epidemien ein ganz anderer war als derjenige von 1892, dass 1831 ganz vorwiegend die der Elbe und den Flethen nahe gelegenen Districte befallen wurden und 1848 ein ausgesprochenes Fortschreiten der Seuche vom Osten nach dem Westen des Stadtgebiets stattfand, während 1892 zeitliche Unterschiede im Befallensein der einzelnen Stadttheile nicht hervortraten, hätte Wolter bekannt sein sollen. Denn ausweislich eines Citats in seinen „kritischen Bemerkungen" hat er die früheren Hamburger Cholera-Epidemien schriftstellerisch behandelt. Seine Veröffentlichung hatte allerdings das Unglück, dass sie von einer 1894 erschienenen Arbeit Reincke's: „Die Cholera in Hamburg und ihre Beziehungen zum Wasser"[1]) überholt wurde. In derselben ist das auf die älteren Epidemien bezügliche, verstreute und Wolter vielfach unbekannt gebliebene Material sorgfältig zusammengestellt und verwerthet; auch das epidemiologische Verhältniss Hamburgs zu der Nachbarstadt Altona wird eingehend besprochen.

2) Das relative Verschontbleiben Altona's in der Epidemie von 1892, das „Halt-machen der Cholera an der politischen Grenze" der beiden Städte hat Wolter nicht veranlasst, an die Verbreitung der Keime durch die Hamburger Wasserleitung zu glauben. Er gibt zwar zu, dass die diese Verhältnisse darstellende Grenzkarte (Tafel V des Gaffky'schen Buches) „auf den ersten Blick etwas ausserordentlich Frappirendes" habe, macht ihr dann aber zum Vorwurf, dass sie die Verhältnisse nicht genau wiedergebe, da sie die Bevölkerungszahl der einzelnen Strassenzüge nicht berücksichtige. W. fährt dann fort: „Bezüglich der Wohndichtigkeit bestehen aber gerade in den fraglichen Strassenzügen erhebliche und für die beiden Städte sehr charakteristische Unterschiede: auf der Altonaer Seite Strassen mit ein- bis zweistöckigen Häusern, die vielfach nur Raum für eine Familie gewähren; auf der Hamburger Seite Strassenzüge mit drei- bis vierstöckigen Häusern, Hintergebäuden und Terrassen, in denen zahlreiche Familien dicht zusammengedrängt wohnen."

Jeder Hamburger oder Altonaer, der dieses Grenzgebiet der beiden Städte nur einigermaassen kennt, wird diese Darstellung mit um so grösserem Befremden lesen, als sie ein Hamburger geschrieben hat. Niemand, der das in Frage stehende Gebiet durchwandert, wird von solchen tiefgreifenden Unterschieden der Wohndichtigkeit etwas bemerkt haben. Die beiden Städte gehen ganz unmerklich in einander über; es gibt Strassen, die auf Hamburger Gebiet (St. Pauli) mit modernen Miethkasernen bebaut sind, während ihre Fortsetzung auf Altonaer Gebiet noch hauptsächlich ältere und dementsprechend durchschnittlich niedrigere Häuser aufzuweisen hat; bei anderen Strassen ist es umgekehrt, die Altonaer Seite zeigt grössere zahlreiche Bewohner fassende Neubauten, während auf der Hamburger Seite noch kleinere von nur wenigen Familien bewohnte Häuser sich erhalten haben. Die Bebauungsverhältnisse sind daher trotz mancher örtlicher Unterschiede auf beiden Seiten der Grenze sehr ähnliche, nur dass die Bebauung auf der Altonaer Seite nicht ganz so weit nach Norden hinauf geht wie auf Hamburger Gebiet.

Diese Unterschiede in der baulichen Ausnützung des Bodens sind übrigens auf der von mir technisch bearbeiteten Grenzkarte (Tafel V des Gaffky'schen Buches) ohne Weiteres klar zu erkennen. Der Maassstab ist absichtlich so gross gewählt (1:4000), dass jedes Haus, ob gross, ob klein, mit sämmtlichen Flügelbauten und Hinterhäusern genau eingezeichnet werden konnte. Diese in hellerem Unterdruck gegebene genaue Situationszeichnung gibt dem Auge einen Anhaltspunkt für die annähernde Abschätzung der Dichtigkeit der Bebauung.

Die Art der Bearbeitung dieser Grenzkarte wurde s. Z. von Herrn Stabsarzt Dr. Schumburg, der das bezügliche Material in Altona 1892 zusammenbrachte, und dem Verfasser, der die Hamburger Seite bearbeitet hat, aus verschiedenen Gründen gewählt. Es lag uns daran, zu zeigen, dass die Cholera auf Hamburger Gebiet überall sich genau,

[1]) **Hamburg, Lucas Gräfe & Sillem.**

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.

man kann fast sagen bis zum letzten Hause, der Grenze der Wasserversorgung anschliesst; auf Karten, die nur Durchschnittszahlen grösserer Bezirke zur Anschauung bringen, konnten diese Einzelheiten, die zudem jeder Bewohner der betr. Gebiete damals in beliebigem Umfange controliren konnte, nicht in so überzeugender Weise zur Geltung kommen. Auch fehlte zu einer hinreichend genauen Darstellung, z. B. nach einzelnen Häuserblöcken, das Material auf der Altonaer Seite; endlich konnte die Unterscheidung zwischen nachweislich eingeschleppten und anderweitigen Cholerafällen in Altona dann nicht berücksichtigt werden.

Um jedoch den Einwand Wolter's in einer auch Fernstehende überzeugenden Weise zu widerlegen, gebe ich in Figur 2 eine Darstellung der Wohndichtigkeit des Grenzgebietes zwischen Hamburg und Altona so genau, wie es das vorhandene statistische Material gestattet. Die Zahlen für die eingezeichneten Bezirke der Stadt Altona stammen aus dem Jahre 1890 und sind einer Zusammenstellung des Herrn v. Wobeser, Directors des statistischen Bureaus in Altona, entnommen. Die Hamburger Bezirke sind so abgegrenzt, dass sie denjenigen in Altona einigermaassen, soweit es das Strassennetz gestattete, gegenüber liegen. Die Hamburger Zahlen stammen aus der Feststellung der Bevölkerungsverhältnisse vom Decemb 1891, sind also verhältnissmässig um den Zuwachs eines Jahres höher als die Altonaer. Grössere Fehlerquellen wurden ausgeschieden, z. B. das unbewohnte „Heiligengeistfeld“ auf der Hamburger Seite weggelassen, ebenso auf der Altonaer Seite ein grosser israelitischer Friedhof, der nicht innerhalb des Grenzstreifens von 400 m liegt; die auf beiden Seiten etwa gleich grossen Platz- und Strassenflächen sind jedoch in das Areal der Bezirke eingerechnet. Wie man sieht, ist Alles geschehen, um die Altonaer Bevölkerungsdichtigkeit nicht zu hoch, die Hamburger nicht

zu niedrig erscheinen zu lassen. Das sich so ergebende Bild spricht für sich selbst: An einzelnen Stellen der Grenze ist die Bevölkerungsdichtigkeit fast gleich, so in der Nähe der Elbe und in den Bezirken XI und IV; in einem Theil der Grenze überwiegen die Hamburger Bezirke II und III ziemlich erheblich über die Altonaer Bezirke VIII und IX, ebenso im Norden die Bezirke V und VI über XII und XIII, während der nördlichste Hamburger District VII wieder dünner bevölkert ist als der zum Theil anstossende Altonaer XIII. Kurz, es zeigen sich locale Unterschiede wechselnder Art, im Ganzen in dem Sinne, dass auf Hamburger Seite die Bevölkerungsdichtigkeit ein wenig grösser ist. Die Durchschnittszahlen für das ganze hier bearbeitete Gebiet betragen 490 Bewohner pro Hectar auf der Hamburger, 413 auf der Altonaer Seite.

Und nun das Verhalten der Cholera? Die Kärtchen Fig. 3 u. 4 zeigen die Verhältnisszahlen der Erkrankungen und der Todesfälle auf 1000 Einwohner; um ein scheinbar zu günstiges Resultat für Altona zu vermeiden, sind hier auch sämmtliche aus Hamburg eingeschleppte Fälle, die natürlich im Grenzgebiet einen grossen Bruchtheil ausmachen, bei Wahl der Schraffirung als Altonaer Fälle gerechnet. Die Zahlen dieser nach den Ermittelungen des Herrn Stabsarzt Dr. Schumburg auf Infection in Hamburg zurückzuführenden Fälle sind in Klammern mit dem Minuszeichen in den einzelnen Altonaer Bezirken angegeben. Hätte ich nur die einheimischen Fälle gerechnet, dann wäre die Sterblichkeits- und Erkrankungsziffer in allen Altonaer Bezirken noch erheblich niedriger gewesen, in einzelnen sogar dem Nullpunkt nahe gekommen.

Des Vergleiches wegen habe ich eine kleine Skizze (aus einer Besprechung des Gaffky'schen Buches von Reincke in der deutschen Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege mit gütiger Erlaubniss der Verlagsbuchhandlung Friedrich Vieweg u. Sohn entnommen) als Fig. V beigefügt, welche eine Darstellung der einzelnen Cholerafälle im Grenzgebiet bringt; das Blatt ist als eine verkleinerte und vereinfachte Wiedergabe der Taf. V des Gaffky'schen Berichtes anzusehen. Wie man sieht, ist das Resultat ganz dasselbe, ob wie in Fig. 3 u. 4 Verhältnisszahlen oder wie in Fig. 5 absolute Zahlen zur Darstellung gebracht werden. Die Wolter'sche Kritik erweist sich also als ganz und gar ungerechtfertigt. Ich darf hinzufügen, dass im ganzen Gebiet der Hamburger Wasserversorgung sich kein einziger Bezirk von gleicher Grösse und gleicher Bevölkerungszahl findet, der nur ähnlich günstige Zahlen zeigte, wie diese Altonaer Bezirke.

3) Wenn Wolter hervorhebt, dass auch in früheren Epidemien Altona weniger stark befallen gewesen sei als Hamburg, und zwar schon ehe die centrale Wasserversorgung der beiden Städte bestanden habe, so ist diese Thatsache im Wesentlichen richtig und für denjenigen, der nicht nur an das Trinkwasser, sondern auch an das Wasser des Flusses, der Häfen und Flethe als Träger des Infectionsstoffes denkt, aus den näheren Beziehungen der gesammten Hamburger Bevölkerung zur Elbe sehr leicht erklärlich. Altona hat nur eine Strasse, die am Wasser entlang geht, der übrige Theil der Stadt liegt hoch über der Elbe, Hamburg ist durchzogen von zahlreichen Flussarmen, der Hafen ist das Centrum der arbeitenden Bevölkerung und des geschäftlichen Lebens. Näheres über das Verhältniss der beiden Städte ist aus dem Reincke'schen Werk (s. o.) zu ersehen, dessen Darstellung, da er geborener Altonaer ist, von gründlichster Localkenntniss unterstützt wird. Uebrigens ist das Verhältniss bei keiner der früheren grossen Epidemien so günstig für Altona gewesen wie bei der von 1892. Wolter nennt eine der kleineren, die von 1831, wo seiner Angabe nach die Sterblichkeit in Hamburg 3,4 pro mille, in Altona 0,5 betragen haben soll; die genaueren Zahlen Reincke's sind 2,9 gegen 0,6 pro mille. Die grossen Epidemien geben folgendes Bild[2]):

Todesfälle auf 1000 Einwohner:

	1832	1859	1866	1892
Hamburg	9,4	5,2	4,2	13,4
Altona	4,0	3,7	1,4	2,1.

Mehrere kleine Epidemien sind übrigens auch in Altona stärker aufgetreten als in Hamburg, so die von 1867, 1871 und die sogen. Nachepidemie im Winter 1892/93.

4) Auch das Resultat meiner in dem Gaffky'schen Buch niedergelegten Untersuchung des gesammten übrigen Grenzgebiets der Hamburger Stadtwasserleitung hat Dr. Wolter bemängelt. Er bestreitet zwar nicht die Thatsache, dass die Bewohner der mit Leitungswasser versorgten Grundstücke mehr als dreimal so schwer von der Seuche befallen sind als die Bewohner daneben und dazwischen liegender mit Brunnenwasser versehener Grundstücke. Doch meint er, die Zahlen der letzteren seien zu klein, und führt im Besonderen einige Bezirke an, in denen in der That die mit Brunnenwasser versorgten Einwohner an Zahl ausserordentlich gegen die mit Leitungswasser versorgten zurücktreten. Das Interessante und Auffallende an dieser Vergleichung, dass nämlich das schliessliche Gesammtresultat mit den Resultaten aller einzelnen Districte genau stimmt, dass kein einziger der letzteren ein abweichendes, erst durch die grösseren Zahlen anderer Bezirke zu corrigirendes Ergebniss zeigt, hat Wolter anscheinend übersehen. Ich bin gern bereit, auf die Bezirke mit zu kleinen Zahlen zu verzichten; dieselben wurden nur der Vollständigkeit wegen, um die ganze Grenze zu bearbeiten, berücksichtigt. In Eppendorf, Winterhude, Barmbeck, Hamm und Horn stehen 55225 Einwohner mit Leitungswasser 10872 mit Brunnenwasser gegenüber. Dass diese Zahlen genügend gross und vergleichbar sind, wird Niemand bestreiten; in der epidemiologischen Literatur über Cholera sind oft aus sehr viel kleineren Zahlen die weitgehendsten Schlüsse gezogen worden. Von den mit Leitungswasser versorgten 55200 Menschen starben 16,5 pro mille, von den mit Brunnenwasser versorgten 10,900 4,6 pro mille.

Der zweite gegen das Ergebniss erhobene Einwand Wolter's geht dahin, „dass die einer Brunnenwasserversorgung oder gemischter Wasserversorgung sich erfreuenden Grundstücke mehr ländlichen Charakter haben und sich in mancher anderen Beziehung noch, besonders was Wohlhabenheit der Bewohner und Dichtigkeit des Bewohntseins betrifft, vor den mit Leitungswasser versorgten städtisch dicht bebauten Complexen auszeichnen." Auch dieser Satz, ebenso wie die oben kritisirte Darstellung der Altonaer Grenze ist ohne genügende Kenntniss der in Betracht kommenden Localitäten geschrieben. Nicht in allen Vororten sind überhaupt dicht bevölkerte Quartiere vorhanden. Horn z. B. ist gänzlich frei davon, auch grössere gut abgegrenzte Theile der Vororte Winterhude und Barmbeck sind noch frei von Miethcasernen und Wohnhöfen. Bei gesonderter Betrachtung dieser Bezirke und Theile von Bezirken ergibt sich ganz das gleiche Resultat wie bei den Gesammtzahlen. Auch der Hinweis auf die verschiedene Wohlhabenheit der Bewohner ist verfehlt. Gerade die wohlhabendsten, die zahlreichen Villenbesitzer, haben fast sämmtlich Wasserleitung, während unter den Grundstücken mit Brunnenwasser neben manchem früheren Bauernhof sich in sehr grosser Zahl Arbeiterwohnungen dürftigster Art befinden, so im nördlichen Theil Barmbecks, in Winterhude und Horn. Letzterer Vorort, dessen Bewohner der Mehrzahl nach Brunnenwasser benützen, ist fast der ärmste des Stadtgebiets; 1892 wurde daselbst ein durchschnittliches Einkommen von nur 275 M. pro Kopf versteuert (gegen 3156 M. in Harvestehude). Die grosse Mehrzahl der mit Brunnenwasser versorgten Bevölkerung gehört also zweifellos den unbemittelten Classen an; während der Epidemie herrschte in diesen meist engen niedrigen Häusern die gleiche Noth wie in den übrigen Arbeiterquartieren, und zahlreiche Wohnungen — ich nenne nur den Namen Hermannsthal — waren 1892 in hygienisch höchst trauriger Verfassung, wie jeder der Herren, die damals bei den Cholera-Hausbesuchen im Auftrage der Behörde mitwirkten, mir bestätigen wird. Der einzige nachweisbare Vorzug dieser Quartiere bestand in ihrem besseren Wasser.

In der nun folgenden Besprechung der Cholera in den Anstalten ist das Zugeständniss Wolter's von Interesse, dass in den Krankenhäusern doch (ausser dem Wasser) noch manche anderweitige Gelegenheit zur Erkrankung in Betracht komme. Im übrigen trennt der Verf. dieses Abschnitts, Dr. Schmalfuss, selbst die Krankenanstalten von den übrigen Anstalten ab, so dass der diesbezügliche Hinweis Wolter's überflüssig ist. Dass von den nach Abzug der Krankenhäuser verbleibenden 37 Anstalten mit Leitungswasser, welche insgesammt etwa 5000 Insassen beherbergen, 16 Anstalten mit 1350 Insassen frei geblieben sind, kann nicht überraschen, wenn man das ruhige Leben und die regelmässige Ernährung der Insassen des Waisenhauses, sowie der übrigen kleineren Anstalten und Stifte in Rechnung zieht. Im Waisenhause kommt hinzu, dass die 500 Zöglinge desselben in dem für Cholera notorisch am wenigsten disponirten Lebensalter stehen. Auch hat die rein mechanische Auffassung, die Wolter bei seinen Gegnern voraussetzt, als ob das ganze Rohrnetz der Wasserleitung während der Epidemie überall gleichmässig von Cholerakeimen erfüllt gewesen wäre, bei denjenigen Epidemiologen, die auch Bakteriologen sind, niemals bestanden. Koch hat sich ausdrücklich gegen diese Unterstellung verwahrt.

In der weiteren Besprechung des Gaffky'schen Buches sind Wolter noch manche Irrthümer untergelaufen, auf die ich nur kurz hindeuten will; so hat entgegen Wolter's Angabe Prof. Gaffky die Hypothese, dass die ersten Fälle der Epidemie auf Infection der Elbe durch die Abwässer der Auswandererbaracke zurückzuführen seien, keineswegs als seine Ansicht hingestellt; er hat vielmehr diese Vermuthung, die ja auch Manches für sich hat, nur auf gleichem Fusse mit andern Möglichkeiten der Einschleppung besprochen.

Auch die von Wolter erwähnte starke Zunahme der Brechdurchfälle vor Ausbruch der Cholera ist nicht ohne Weiteres als Thatsache anzuerkennen. Die von den Aerzten gemeldeten Erkrankungen an Cholerine bewegten sich noch in der Woche vom 7. bis 13. August völlig innerhalb der im Sommer gewöhnlichen Zahlen und stiegen erst in der folgenden Woche plötzlich auf mehr als das Doppelte. Die Todesfälle an „Brechdurchfall der Kinder" und „Cholerine" zusammengenommen, zeigten vom 3. Juli bis 13. August folgende Wochenzahlen: 61, 52, 63, 68, 81, 75. Diese Steigerung ist als eine sehr mässige und in der warmen Jahreszeit in Hamburg nicht ungewöhnliche zu bezeichnen. Im Jahre 1886 wurden, um Beispiele zu nennen, Wochenzahlen von 108 und 116 Todesfällen, 1887 115 und 128, 1889 113 und 125 erreicht, ohne dass damals asiatische Cholera in Hamburg aufgetreten wäre. Diese bei so vielen Choleraepidemien vorangehende Häufung der Brechdurchfälle und anderer acuter Darmkrankheiten, die bei der kleinen Winter-Epidemie 1892/93 sehr auffallend war, ist bei der grossen Epidemie vom Sommer 1892 nicht merklich hervorgetreten und in dieser Thatsache ist eine neue

[2]) Nach Reincke, S. 84 ff. l. c. Ueber 1848 fehlen aus Altona die Nachrichten.

Illustration des besonderen explosiven Charakters dieser Epidemie zu sehen.

Die eingehende Besprechung, welche Gaffky den übrigen neben der Wasserversorgung in Betracht kommenden epidemiologischen Factoren zu Theil werden lässt, insbesondere den Wohnungsverhältnissen, dem Wohlstand, dem Beruf und der Beschäftigung, dem Verkehr mit Nahrungsmitteln, der Höhenlage der Wohnungen, sowie der Beschaffenheit des Untergrundes, der meteorologischen Verhältnisse u. s. w. wird von Wolter nur wenig beachtet. Speciell die Thatsache, dass die Bodenbeschaffenheit und der Grundwasserstand keinerlei nachweisbare Beziehungen zu der Erkrankungsziffer gehabt hat, erwähnt er nicht und spricht nur über die Höhenlagen mit kurzen Worten. Dabei ist es schwer, sich im Binnenlande ähnliche scharfe Gegensätze der Bodenbeschaffenheit im Weichbilde einer Stadt vereinigt zu denken, wie sie sich in Hamburg vorfinden, was Reinheit und Verunreinigung auf der einen, Trockenheit und Feuchtigkeit des Bodens auf der anderen Seite betrifft.

Wenn Wolter schliesslich noch den Abdominaltyphus zum Vergleich heranzieht und darauf hinweist, dass auch diese Krankheit sich in Hamburg anders verhalte als in Altona, so möchte ich ihm auf dieses Gebiet nicht folgen. Die Unterschiede zwischen beiden Städten sind hinsichtlich dieser Krankheit ganz andere als betreffs der Cholera; der Typhus tritt diesseits wie jenseits der Grenze mit durchschnittlich gleicher Heftigkeit auf, nur die zeitlichen Schwankungen zeigen ganz auffällige Unterschiede (s. die Curven im Jahresbericht des Hamburger Medicinal-Inspectorats für 1892, Tafel 30a), zu deren Erklärung das Trinkwasser aller Wahrscheinlichkeit nach ebenfalls herangezogen werden muss. Medicinalrath Reincke hat in seiner 1889 erschienenen Monographie über den Typhus in Hamburg die Ansicht vertreten, dass nur auf Altonaer Gebiet solche directe Einflüsse der Wasserversorgung anzunehmen seien; im Jahresbericht des Medicinal-Inspectorats pro 1894, S. 73, hat er jedoch aus den Erfahrungen der letzten Jahre den Schluss gezogen, dass bei den neuesten Epidemien auch in Hamburg das Wasser an der Typhusverbreitung stark betheiligt sei. Wenn an derselben Stelle Reincke, der beste Kenner des Typhus in Hamburg und Altona, erklärt, dass er sich ein abschliessendes Urtheil über das Auftreten der Krankheit in den Jahren 1884 bis 1891 noch vorbehalte, dann dürfte es genügend gerechtfertigt sein, wenn ich die sehr skizzenhaften Aeusserungen Wolter's über den schwierigen Gegenstand hier unbesprochen lasse. —

Die im Vorstehenden gebrachten, möglichst auf Zahlenmaterial gestützten Ausführungen zeigen, in wie zahlreichen Punkten die Grundlagen der Wolter'schen Arbeit der Berichtigung bedürfen. Dass seine auf unrichtigen Grundlagen aufgebauten Schlussfolgerungen ebenfalls unrichtig sind, bedarf nicht des Nachweises. Die Richtigstellung der in dem Wolter'schen Aufsatze enthaltenen Irrthümer war nicht nur der wissenschaftlichen Wahrheit wegen, sondern auch desshalb nothwendig, weil Wolter der Bedeutung der Persönlichkeit Gaffky's und seiner Thätigkeit in Hamburg während der schweren Epidemie von 1892 in keiner Weise gerecht wird. Für Wolter, der Gaffky's epidemiologische Arbeiten nicht zu kennen scheint, ist dieser nichts als „Bakteriologe", Verfechter einer den Ergebnissen „der epidemiologischen Choleraforschung beinahe eines Jahrhunderts" gegenüberstehenden Theorie. Wenn ein junger hygienischer Schriftsteller, der bisher weder bakteriologische noch epidemiologische Verdienste aufzuweisen hat, es unternimmt, ein Werk von der Bedeutung und Reichhaltigkeit des Gaffky'schen Berichts abfällig zu kritisiren, dann dürfte man erwarten, dass er sich auf völlig einwandfreies Material stützt und dem Gegenstand ein etwas gründlicheres Studium zuwendet.

Ich bemerke ausdrücklich, dass eine principielle Missbilligung der Tendenz der Wolter'schen Arbeit, einen erneuten Hinweis auf die zum Entstehen einer Epidemie mitwirkenden zeitlichen und örtlichen Momente zu geben, mir völlig fern liegt, da ich in v. Pettenkofer meinen ersten Lehrer der Hygiene verehre und ganz auf dem Boden der Magdeburger Thesen stehe. Gewiss spielt nicht bei jeder Cholera-Epidemie das Trinkwasser eine entscheidende Rolle; dass aber die Hamburger Epidemie von 1892 so plötzlich und mit solch überwältigender Heftigkeit das ganze Stadtgebiet überfluthete, kann nur durch die Annahme einer Infection der Wasserleitung eine befriedigende Erklärung finden.

Winke für Studienreisen nach Berlin und Wien.

Einige Winke für solche Herren Collegen, welche den Besuch der Universität Berlin oder Wien beabsichtigen, werden sicher auch in dem Leserkreis dieses Blattes manchen Interessenten finden, der sie dankbar entgegen nimmt; denn nicht jeder ist in der Lage, sich über die ihn interessirenden Verhältnisse der betr. Universität bei einem persönlich darin erfahrenen Gewährsmann Rath zu holen und so kommt er mit manchen Erwartungen und Vorstellungen an sein Reiseziel, deren Unrichtigkeit sich bald herausstellt und dann den Eindruck einer vielleicht schlimmen Erfahrung hinterlässt. Letztere verhüten zu helfen, manche zeitraubende Umfrage zu ersparen und jenen, welche nicht in der bestimmten Absicht, ausschliesslich ein Specialfach zu betreiben, an die fremde Universität kommen, eine allgemeine Orientirung zu bieten, ist der Zweck dieser Zeilen.

Wer in Berlin und Wien medicinischen Studien oblag, wird mir zugeben, dass es wohl berechtigt ist, wenn der Zug der süddeutschen Aerzte in letzter Zeit mehr nach Berlin als nach Wien zu gehen anfängt. Zwar ist unstreitig die Lebensart in der alt-gemüthlichen Kaiserstadt an der Donau für uns Süddeutsche ungleich mehr anheimelnd, als das rastlose, fast beängstigende Treiben in unserer Reichshauptstadt, wo man sich erst an die fremde Küche und den chronischen Anblick des Schutzmanns gewöhnen muss. Aber diesen Standpunkt bürgerlicher Behaglichkeit bei Seite! Fasst man als lernbegieriger Arzt die in beiden Kaiserstädten gebotenen Mittel der Fachbildung ins Auge, so ist zwar der Materialreichthum an beiden Universitäten ziemlich gleich grossartig, aber in anderer Hinsicht ist mir unzweifelhaft geworden, dass jeder Arzt, welcher ausser praktischer Erfahrung auch in der theoretischen Seite der Wissenschaft ganz im modernen Stile sich weiterbilden will, in Berlin die Vorbedingungen hiezu besser antrifft als in Wien — besonders bezüglich Bakteriologie, pathologischer Anatomie, Pädiatrie. Es liegt dies weniger an Personalverhältnissen als an der Qualität der vorhandenen Unterrichts-Institute, wenngleich ich damit nicht sagen will, es sei der an der „Wiener Schule" mancherorts wahrnehmbare Conservatismus für die Rangstellung der Universität Wien gleichgiltig und unschädlich.

Für den Wien besuchenden Arzt bedeutet es eine Annehmlichkeit, dass dort das ganze Jahr über eine Reihe von Cursen resp. Parallelcursen stattfindet, in die er jeder Zeit eintreten kann, während in Berlin in erster Linie nur die sog. „Feriencurse" für den Besuch fremder Aerzte zugeschnitten sind, die Frequentirung der Semestercurse zum Theil aber Unbequemlichkeiten darbietet. Ein etwas fabrikmässiger Betrieb dieser Curse ist in Wien ebenso wie in Berlin, an ersterer Universität vielleicht in höherem Grade, anzutreffen; einige derselben dürfen auf den Namen von „Specialistenpressen" Anspruch machen. Wer übrigens in diese Curse mit der frohen Erwartung eintritt, an dem grossen Material eine Anzahl von Encheiresen erlernen zu dürfen, wenn auch nur einfachere therapeutische Manipulationen, wird sich meist stark enttäuscht sehen — es sei, dass er denselben Curs nochmals oder ein 3. Mal bezahlt, oder gleich von vorneherein in Folge persönlicher Verbindung sich der besonderen Aufmerksamkeit des Herrn Docenten, resp. seiner Assistenz zu erfreuen hat. Der Hauptgewinn aus dem Besuche der Curse liegt zumeist nur in der Aneignung grösserer diagnostischer Uebung.

Man pflegt vor der Abreise manchen Schritt zu thun, um sich Empfehlungen an die Kliniker der fremden Universität zu verschaffen. Im Allgemeinen ist diese Bestrebung ein Zeitverlust; denn nach meinen und mehrerer Bekannten Erfahrungen besteht bei den Hr. Adressaten dieser Empfehlungskarten nicht eben selten die anfänglich frappirende Gewohnheit, kaum einen Blick auf dieselben zu werfen sondern sie schleunigst zu den übrigen in die Rocktasche zu versammeln. Wer sich ohne weiteres als fremder Arzt vorstellt, hat sich dort, wo „liebenswürdiges Entgegenkommen" an sich zu Hause ist, des letztern ohnehin zu erfreuen, auf einem von Haus aus dürren Boden bringt auch die überreichte Visitenkarte mit den schönsten Empfehlungen nichts zuwege, was der Blume obigen Namens gleichsieht.

Aus einem ziemlich unbequemen Bureaukratismus scheint es hervorzugehen, wenn in Berlin die Aerzte die Kosten einer Immatriculation bezahlen müssen, um sich während des Semesters auf eine Klinik oder Vorlesung inscribiren zu können. Es ist allerdings richtig, dass der Rector der Universität von dieser lästig empfundenen Bestimmung entbinden kann, wenn man den „Bittsteller"-Gang durch eine ganze Reihe von Universitätsbureaux nicht scheut. Wien besitzt diese Einrichtung nicht, so dass der Inscription keine belästigenden Formalien vorausgehen.

Um gleich bei dem Punkte des „Belegens" zu bleiben, so sieht es nach allgemein menschlichem Ermessen auch in Berlin gerade Niemand ungern, wenn der fremde Arzt bei etwas längerem Aufenthalte die besuchten Kliniken und Vorlesungen bezahlt (von den praktischen Cursen ist dies selbstverständlich); in der v. Bergmann'schen Klinik z. B. ist eine diesbezügliche Bekanntmachung angeschlagen; doch gestatten eine Reihe von Klinikern in liberalster Weise fremden Aerzten das ganze Semester über freien Zutritt, vielfach auf reservirte Plätze. Von Wien habe ich hierüber zu geringe Erfahrung.

Ich kann es natürlich nicht unternehmen, bezüglich der Lerngelegenheiten, welche sich in Berlin oder Wien bieten, ins Detail zu gehen. Für die angehenden Specialisten sind ja die Wege klar vorgeschrieben. Für jene aber, deren Aufenthaltszweck es ist, sich im Allgemeinen weiter zu bilden, erlaube ich mir einige Anhaltspunkte hier beizufügen, da ich sehr wohl weiss, wie gross die Unentschlossenheit und Rathlosigkeit ist, mit welcher man vor der Reise die Ankündigungen der Vorlesungen in den Universitätskatalogen, oder am Reiseziele die massenhaften Anschläge am schwarzen Brett durchmustert. Bezüglich Wien kann ich keine weitern Angaben machen, da ich kein ganzes Semester dort zubrachte.

Was Berlin betrifft, so bieten die internen Kliniken von Gerhardt, Leyden, Senator eine Fülle sehenswerthen Krankenmaterials; von der specifischen Signatur der einzelnen derselben wird man sich nach kurzem Besuche unterrichtet haben. Bezüglich der Neurologie bietet die Mendel'sche Poliklinik und Klinik ein riesiges Material, das man bei Jolly, Oppenheim, Goldscheider nach Zweck und Belieben noch erweitern kann. Betreffs der Kinderkrankheiten er-

gänzen sich Heubner's und Baginsky's Kliniken nach meinen Erfahrungen in vortheilhaftester Weise: Heubner hält sein klinisches Material mit Absicht kleiner, man kann die Kranken nicht persönlich untersuchen, auch können die Einrichtungen der Charité-Kliniken einem gerade kein Musterbild hinterlassen, Baginsky dagegen bringt in seinem musterhaft eingerichteten Kinderspital (Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus, das leider 3/4 Stunden weit entlegen ist) reichlicheres Krankenmaterial an die Hand seiner Zuhörer, welch' letztere sich in beiden Kliniken übrigens eines besonders liebenswürdigen Entgegenkommens erfreuen können, wie ich mit Vergnügen anführe. Für dermatologische Studien wird der Besucher an der Lassar'schen Klinik nicht nur reichliches Material finden (trotzdem letzteres an der Klinik von Kaposi-Wien noch imposanter und abwechselnder ist), sondern auch die vorzügliche, elegante Einrichtung, besonders auch für Bäder, sowie die prachtvolle Moulagen-Sammlung des sehr liebenswürdigen Besitzers bewundern lernen. Wer viel Zeit auf praktische Thätigkeit in der Geburtshilfe verwenden will, hat in der Poliklinik der Charité als geburtshilflicher Praktikant Gelegenheit zur Beobachtung zahlreicher Geburten — allerdings auch zu zeitraubenden Wochenbettsbesuchen — sowie zur praktischen Erlernung kleinerer, unter Umständen auch schwierigerer geburtshiflichen Operationen. Auch in der Klinik von Olshausen sieht man ziemlich viel Operatives.

Am schwierigsten dürfte die praktische Beschäftigung an chirurgischen Kranken für den Arzt zu erreichen sein, der nicht an dem Massenbetriebe in den grossen Poliklinken oder an den für die Studenten gegebenen Cursen Befriedigung und ein ihm entsprechendes Arbeitsfeld findet. Ich möchte noch bemerken, dass die Erreichung einer Volontärarztstelle an einer Klinik oder bei einem der vielbeschäftigten Gynäkologen eine mindestens Monate vorher erfolgende Anmeldung voraussetzt, da der Andrang ein grosser zu sein pflegt.

Für den Arzt, dem es nicht ausschliesslich um die praktische Thätigkeit zu thun ist, ist der Besuch der grossen Berliner Krankenhäuser, z. B. jenes im Moabit (Barackensystem), sowie besonders jener am Urban, Friedrichshain, des Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses, letztere von modernster Einrichtung, sehr zu empfehlen.

Auch andere öffentliche Einrichtungen, z. B. Asyle für Obdachlose, Arbeitercolonieen, Volksküchen, Wärmestuben, die Entwässerungsanlagen etc. dürfen das Interesse eines jeden Berlin besuchenden Arztes beanspruchen. Dr. Grassmann.

Referate und Bücheranzeigen.

Dr. **Hans Schmaus: Grundriss der pathologischen Anatomie.** 2. umgearbeitete Auflage mit 205 Abbildungen. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1895.

Die 2. Auflage des Grundrisses zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass die Capitel über Thrombose und Entzündung und namentlich auch im speciellen Theil über Lungenkrankheiten eine völlige Umarbeitung und eingehendere Darstellung erfahren haben, wodurch das Werk entschieden gewonnen hat. Auch in vielen anderen Capiteln ist die Schilderung besonders der gröberen pathologischen Organveränderungen ausführlicher gehalten, so dass das ganze Werk nahezu die doppelte Seitenzahl erreicht hat. Wenn bei Besprechung der 1. Auflage von einer Seite geäussert wurde: „Wir wünschen dem Werke recht bald eine 2., aber nicht an Umfang vermehrte Auflage“, so möchte Referent umgekehrt den Verfasser beglückwünschen, dass er seinen Grundriss in dieser Weise erweitert hat. Denn selbst jetzt sind nach Ansicht des Referenten manche sehr wichtige Capitel (wie z. B. Chronisches Magengeschwür, Typhus, Tuberculose des Darms, Intussusception u. andere) so kurz behandelt, dass das äusserste Maass zulässiger Kürze fast überschritten ist.

Referent wünschte, dass das Werk in seinen späteren Auflagen durch grössere Ausführlichkeit in den erwähnten und anderen Capiteln, in welchen es nothwendig erscheint, sich immer mehr vervollkommnen möchte, zumal eben doch viele Studirende nicht in der Lage sind oder sich nicht entschliessen können, sich neben dem Grundriss später noch ein ausführliches Lehrbuch anzuschaffen.

Der Grundriss soll und kann aber, wie dies der Verfasser in der 1. Auflage seines Werkes ja selbst betont hat, in keiner Weise unsere vorzüglichen Lehrbücher der pathologischen Anatomie, dieser für das eigentlich medicinische Studium grundlegenden Disciplin, ersetzen.

Referent ist daher überzeugt, dass sich das in seiner Art sonst so treffliche Buch immer grösserer Beliebtheit bei den Studirenden erfreuen wird, je mehr in den folgenden Auflagen eine allzu skizzenhafte Darstellung wichtiger Capitel vermieden wird. G. Hauser-Erlangen.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für Chirurgie. 1895, No. 35—39.

No. 36. F. Karewski: **Ueber Arthrodese des Fusses bei Paralyse.**

Erwiderung auf Samter's Einwände in No. 32. — Allein die sehr seltene Schlottrigkeit der Verbindung zwischen Talus und Calcaneus darf nach K.'s Ueberzeugung das Recht geben, diese Articulation zu vernichten; K. hält die Motilität im unteren Gelenk für wichtig, um einige Elasticität des Gangs zu erhalten und ist nach ihm ein operatives Vorgehen gegen paralytische Contracturen nur dann gestattet, wenn man mit der Operation zwar alle fehlerhaften Stellungen und Bewegungsanomalien beseitigt, dabei aber jeden noch brauchbaren Theil des Bewegungsmechanismus schont.

No. 37. Jul. Schnitzler: **Zur Symptomatologie der Halsrippen.**

Mittheilung eines Falles bei 17jährigem Mädchen, in dem als complicirendes Symptom eine habituelle Luxation des Sternalendes der Clavicula nach vorn zu constatiren war, indem wahrscheinlich die Mitte der Clavicula ein Hypomochlion an dem vordersten Punkt der Halsrippe gefunden hatte und nun bei Rückwärtsbewegungen der Schulter das vordere Ende des Schlüsselbeines immer mehr herausgedrängt wurde.

No. 38. Carl Beck: **Subepidermale Hautincision zur Vermeidung von Narben bei Gesichts- und Halsoperationen.**

B empfiehlt den Einschnitt in die Haut durch die Bildung eines Thiersch'schen Epidermislappens einzuleiten, der je nachdem mit Breit- oder Schmalseite im Zusammenhang mit der Nachbarhaut belassen und auf dieser während der Operation schön flach ausgebreitet wird. Im Grund dieser Wundfläche wird die Incision in die Tiefe geführt, die Operation in gewohnter Weise beendet. Kleine Wunden erfordern keine Naht, grössere werden durch versenkte Catgutnähte vereinigt und sodann der Hauttransplantationslappen schön adaptirt. Schr.

Centralblatt für Gynäkologie. 1895, No. 38 u. 39.

No. 38. W. Stroganoff-St. Petersburg: **Zur Bakteriologie des weiblichen Genitalcanals.**

Während die meisten Autoren finden, dass der Cervicalcanal auch ganz gesunder Frauen bereits Mikroorganismen enthält, behauptet S. auf Grund seiner Forschungen, die er sowohl an Schwangeren wie Nichtschwangeren vorgenommen, dass der Cervicalcanal in der Regel steril ist. Er leitet die Differenz der Befunde aus den verschiedenen Untersuchungsmethoden her und glaubt, dass alle Autoren, die Bakterien gefunden, nach einer in bakteriologischer Hinsicht ungenügenden Methode gearbeitet haben. Bei sorgfältiger Desinfection der Portio und des äusseren Muttermundes fand S. bei 11 Schwangeren 7mal (63,6 Proc.) und bei 20 Nichtschwangeren 16mal (80 Proc.) einen sterilen Cervicalcanal. Hiernach betrachtet S. die Gegend des äusseren Muttermundes als die Grenze, welche den bakterienfreien vom bakterienhaltigen Abschnitt des weiblichen Genitalcanals trennt. Als Ursache der Sterilität des Cervicalcanals nimmt S., entgegen Walthard, den Cervicalschleim an, der nach seinen Untersuchungen ausgesprochene bakterientödtende Eigenschaften besitzen soll.

No. 39. 1) v. Herff-Halle: **Ein geburtshilflicher Instrumentenbehälter aus Aluminium.**

Beschreibung eines aus Aluminium hergestellten geburtshilflichen Besteckes, das zur Sterilisation bestimmt ist und sich in der Hallenser Poliklinik seit 1½ Jahren bewährt hat. Als Kochflüssigkeit darf jedoch keine Sodalösung benutzt werden, sondern nur reines oder mit Lysol versetztes Wasser. Das Besteck wiegt mit Instrumenten 10—11 Kilo und wird von der Firma August Söhlmann in Leipzig zum Preise von 110 Mark geliefert.

2) J. Fischer-Wien: **Zu den Stricturen der weiblichen Harnröhre.**

F. hat 4 Fälle von Harnröhrenstricturen bei Frauen beobachtet, die er für häufiger hält, als man gewöhnlich annimmt. Als Ursachen gelten Traumen, bes. bei der Geburt, Geschwülste, Narben nach luetischen Geschwüren und Gonorrhoe, letztere jedoch viel seltener als beim Manne. Endlich kommt beim Weibe noch eine sogen. „senile“ Strictur vor, auf die besonders Hermann aufmerksam gemacht hat. Nach F. sind auch diese „senilen“ Stricturen auf andere Ursachen, meist Narben nach Verletzungen, zurückzuführen. In neuerer Zeit sind auch Stricturen bei Frauen mit harnsaurer Diathese beschrieben; dieselben dürften auf Verletzungen mit harnsauren Concrementen zurückzuführen sein. In therapeutischer Beziehung hat sich F. die langsame Dilatation der Strictur als erfolgreich erwiesen.

3) P. Baumm-Breslau: **Zur Behandlung der Placenta praevia**

B. hat seit 4 Jahren bei Placenta praevia statt der üblichen inneren oder combinirten, immer zuerst die äussere Wendung versucht und gefunden, dass ihm dies fast immer gelungen ist. Ist das Beckenende erst einmal unten, so kann man ruhig abwarten. Tritt Blutung ein, so wird ein Fuss heruntergeholt, was leicht und

bei weiten Geschlechtstheilen ohne Narkose gelingt, und durch stetigen mässigen Zug das Kind extrahirt. Nur in Fällen, die wegen starker Blutung ein sofortiges Vorgehen verlangen, wird sofort entweder combinirt auf einen Fuss gewendet, oder zunächst tamponirt und im Anschluss daran äusserlich gewendet. Das letztere Verfahren empfiehlt B. sogar den Hebammen, die aber natürlich unterdessen den Arzt rufen lassen sollen. F. hält sein Verfahren für zweckmässiger, als die von Mäurer und Dührssen empfohlene Application des Kolpeurynters, weil hierbei die Geburt des Kindes nicht in der Hand des Arztes liegt. Jaffé-Hamburg.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. VII. Band, 3. und 4. Heft. Leipzig, F. C. W. Vogel.

1) Rothmann: **Die primären combinirten Strangerkrankungen des Rückenmarkes.** Mit 4 Tafeln. (Krankenhaus Urban, Berlin.)

Bei drei auch klinisch beobachteten Fällen ergab die anatomische Untersuchung des Rückenmarkes Degenerationen von strangförmiger Ausdehnung in den Vorder-, Seiten- und Hintersträngen. Im ersten Fall hatte eine spastische Parese, in den beiden anderen eine schlaffe Lähmung der Beine überwogen mit starken Sensibilitäts- und Blasenstörungen. Der rasche Verlauf der Fälle (einige Monate) und die nicht ausgesprochen systemmässige Localisation der Erkrankung reihen dieselben unter die Kategorie der strangförmigen Myelitis ein. Die Symptome wechseln je nach Ausdehnung und Fortschreiten des Processes, die Aetiologie ist unklar. Nach R. sollen Läsionen der grauen Rückenmarkssubstanz die primäre Ursache sein.

2) König: **Weitere Mittheilungen über die functionellen Gesichtsfeldanomalien etc.** Mit 7 Abbildungen. (Irrenanstalt Dalldorf.)

An der Hand der neuerlichen Gesichtsfeldaufnahmen hält K. gegenüber den gegnerischen Behauptungen daran fest, dass die concentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei normalem Sehapparat als psychisch bedingt, als ein hysterisches Stigma zu betrachten sei. Die Ermüdungserscheinungen seien eine leichtere Form solcher Störungen und also als pathologisch anzusehen.

3) Stein: **Beitrag zur Aetiologie der Gehirnblutungen.** Mit 2 Abbildungen. (Pathologisches Institut München.)

Als wesentlichstes Moment für den Eintritt von Gehirnblutungen ist der Elasticitätsverlust der Arterienwand anzusehen; Blutdruckschwankungen führen dann die Ruptur der erkrankten Gefässe herbei. Typische „Miliaraneurysmen" finden sich weit seltener, als gemeiniglich angenommen wird. Stein betont, dass Verwechslungen angeblicher „Miliaraneurysmen" mit den sackartig erweiterten Lymphräumen in der Umgebung von Arteriolen möglich seien, wie sie von ihm häufig in der Umgebung von hämorrhagischen Herden gefunden wurden.

4) Pfeiffer: **Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der acuten Myelitis.** Mit 2 Tafeln. (Medicinische Klinik, Bonn.)

Ein 43jähriger, gesunder Mann erkrankt unter schmerzhaften Empfindungen an rasch sich steigernder motorischer und sensibler Paraplegia inferior, Cystitis, Decubitus. Exitus nach 6 Wochen. Zu Grunde lag eine Myelitis des Lendenmarks, die insbesondere auf acute Gefässerkrankungen (Phlebitis) zurückzuführen zu sein schien. Auch in einem zweiten Fall mit disseminirten Herden nimmt Verf. keinen sklerotischen, sondern einen myelitischen Process als bestehend an. Chr. Jakob-Bamberg.

Virchow's Archiv. Band 141, Heft 2.

Prof. Israel-Berlin: **Biologische Studien mit Rücksicht auf die Pathologie.**

Untersuchungen von Caulerpa prolifera, einer Blattpflanze des Mittelmeeres, und Pelomyxa palustris, einer Amöbe, über die Vorgänge bei der Nekrose: „Die Protoplasmamasse stirbt, nicht an die Zellform gebunden, nur in dem Umfange, in dem sie von der Noxe direct getroffen ist"; ferner über die Mechanik der Protoplasmabewegung, wobei er „mit der Annahme einer Polarisation des hyalinen Plasmas ein Element einführt, das die Bewegung des formlosen Protoplasmas derjenigen der Muskelcontraction sehr nähert und aus den scheinbar regellosen Folgen äusserer Anziehungen oder Abstossungen eine geordnete Bewegungsform ableiten lässt".

Calzavara-Padua: **Ueber Adenome des Verdauungscanales.**

Fall von Adenom und Myoadenom des Choledochus, sowie ein Fall von papillärem, ins Duodenum herabgestiegenem Fibroadenom, ausgehend von den Pylorusdrüsen des Magens.

Howald-Bern: **Ueber die topographische Vertheilung der endoneuralen Wucherungen in den peripherischen Nerven des Menschen.**

H. untersuchte die peripherischen Nerven eines Kretinen mit beiderseitiger Struma coll. nod. und fand, dass die von Langhans zuerst beschriebenen und so benannten endoneuralen Wucherungen meist gruppenweise auftreten, dass sie zum Kropf in keiner Beziehung stehen und dass ihre Vertheilung eine sehr inconstante und unregelmässige ist; es ist möglich, dass dieselben ein Druckpolster für die Nerven darstellen.

Prof. Ballowitz-Greifswald: **Ueber angeborenen, einseitigen, vollkommenen Nierenmangel.** Literarisch-statistische Bearbeitung von 210 Fällen, nebst 3 neuen Beobachtungen.

Nierenmangel kommt linksseitig weit häufiger vor als rechtsseitig, weil beim männlichen Geschlechte häufiger linksseitig; ferner beim männlichen Geschlecht doppelt so oft als beim weiblichen.

Defectbildungen der Geschlechtsorgane sind beim weiblichen Geschlecht viel zahlreicher als beim männlichen. Die Defectbildungen treten fast ausschliesslich auf der Seite des Nierenmangels auf und betreffen in erster Linie das System der Ausführungsgänge, selten die Keimdrüsen selbst, wenn auch die letzteren hypoplastisch oder atrophisch sind. Sehr selten ist der ganze Genitalapparat unentwickelt.

Jakoby-Berlin: **Ueber einen Fall von Höhlenbildung im embryonalen Rückenmark.** Hecker-München.

H. J. Hamburger: **Ueber die Formveränderung der rothen Blutkörperchen in Salzlösungen, Lymphe und verdünntem Blutserum.** p. 230.

Bringt man rothe Blutkörperchen in Salz- oder Zuckerlösungen, mögen dieselben die gleiche, geringere oder höhere osmotische Spannkraft besitzen wie das Serum, oder in verdünntes Serum oder in normale und pathologische Lymphe, so verlieren sie ihre biconcave Gestalt, werden kugelig und zeigen dadurch eine Verkleinerung ihres grossen Durchmessers. Diese Veränderungen verschwinden rasch wieder, wenn man die rothen Blutkörperchen in ihr eigenes Serum zurückbringt. Eine Erklärung für diese Erscheinung lässt sich bis jetzt noch nicht geben.

Ziegelroth: **Einfluss des Aderlasses auf das specifische Gewicht des Blutes.** p. 395.

Direct nach dem Aderlass nimmt das specifische Gewicht des Blutes (bestimmt nach der Methode von Hammerschlag) um 7—11^0 ab. 6 Stunden nachher ist es um etwa 2^0 über das ursprüngliche Gewicht gestiegen, um im Verlauf weiterer 12 Stunden das Anfangsgewicht wieder zu erreichen.

H. J. Hamburger: **Stauungshydrops und Resorption.** p. 398.

H. hat früher drei Entstehungsarten des Hydrops aufgestellt: 1) Die Entstehung durch venöse Hyperämie, 2) durch vermehrte Permeabilität der Gefässwand, und 3) durch Reizung des Capillarendothels mittelst einer der Krankheit eigenthümlichen, lymphtreibenden Substanz. Bei der unter 1) angeführten Entstehungsursache spielt nicht so sehr die Steigerung des Blutdruckes in den Capillaren und kleinen Venen eine Rolle, als vielmehr die Anhäufung von Stoffwechselproducten, welche das Capillarendothel zur erhöhten Lymphsecretion anregen. Neuerdings nimmt H. an, dass bei der Entstehung des Stauungshydrops auch die Beschränkung der Resorption durch Verlangsamung des Blutstromes von Bedeutung sei. F. Voit.

Berliner klinische Wochenschrift. 1895, No. 38.

1) L. Landau-Berlin: **Bericht über 109 Fälle von vaginaler Radicaloperation bei doppelseitigen eitrigen resp. entzündlichen Adnexerkrankungen.**

Bei im Ganzen 277 vaginalen Exstirpationen des Uterus bezw. des Uterus und der Adnexe vermittelst seines Klemmverfahrens hat L. 109 Fälle von doppelseitigen entzündlichen Adnexerkrankungen operirt. Auf diese 109 Operationen kommt ein Todesfall an allgemeiner putrider Peritonitis. Alle übrigen 108 Patientinnen sind bis auf eine kleine Dickdarmscheidenfistel geheilt und arbeitsfähig.

Verf. beschreibt kurz sein Operationsverfahren, dessen Hauptsachen in der Freilegung alles Erkrankten, in der Stielung und Ausschneidung bestehen und dessen Einzelheiten je nach der Sachlage wechseln: Hervorholung des Uterus im Ganzen oder nach Spaltung der vorderen Wand, oder nach völliger Spaltung oder nach Zerstückelung.

2) F. Müller-Marburg: **Percussion der Brustorgane bei Chlorose.**

Chlorotische zeigen häufig einen Hochstand des Zwerchfells. Die Leberdämpfung beginnt am oberen Rand der 6. oder unteren Rand der 5. Rippe. Die Herzdämpfung beginnt am oberen Rand der 4. oder unteren Rand der 3. Rippe. Die Herzdämpfung findet sich dabei manchmal nach rechts und links verbreitert. Die Vergrösserung der Herzdämpfung beruht wohl nur in einzelnen Fällen auf einer Dilatation. Häufig ist sie sicherlich bedingt nur durch den Zwerchfellhochstand in Folge des Volumen pulmonum diminutum.

3) Karewski: **Ueber den orthopädischen Werth und die Dauerresultate der Gelenkveränderung (Arthrodesis).**

Die Arthrodese feiert ihre grössten Triumphe bei der paralytischen Erschlaffung des Fussgelenks. In seltenen Fällen kann sie sich bei Paralysen am Kniegelenk nützlich erweisen; bei Lähmungen im Bereiche des Hüftgelenks kommt sie nicht in Betracht. Recht gute Dienste leistet sie zur Verlängerung der unteren Extremität vermittelst der Wladimoroff-Mikulicz'schen Operation. Eine empfehlenswerthe Operation stellt sie weiter vor zur Behandlung der Hammerzehe. Verf. hat bisher 55 derartige Operationen ausgeführt.

4) G. Lewin: **Ueber Keratosis universalis multiformis (Pityriasis rubra pilaris Besnier, Lichen ruber acuminatus Kaposi).**

Siehe diese Wochenschrift 1895, S. 249.

5) Engel-Bey: **Die Serumtherapie in Kairo.**

Fortsetzung folgt. Kr.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895. No. 39.

1) Prof. A. Fraenkel: **Ueber acute Anämie.** (Aus der ersten med. Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin.)

Fortsetzung folgt.

2) Freyhan: **Ueber Encephalitis haemorrhagica.** (Aus der inneren Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Friedrichshain in Berlin, Director Prof. Fürbringer.)

Der von F. angeführte Fall ist ein neuer Beweis für die Ansicht Oppenheim's, wonach die Prognose der Strümpell-Leichtenstern'schen „primären acuten hämorrhagischen Encephalitis" bei nur leichter Trübung des Bewusstseins oder schneller Lichtung desselben, frühzeitigem Ueberwiegen der Herdsymptome, protrahirter Entwicklung des Leidens oder schnell eintretender Besserung nach acutem Einsetzen und nur unerheblicher Steigerung der Eigenwärme, eine günstige zu nennen ist.

3) C. Fürer-Marbach a. Bodensee: **Ueber Entziehungscuren und diesem Zweck dienende Anstalten.**

F. vertritt die Ansicht, dass an irgend welcher narkotischer Sucht Leidende dazu gebracht werden müssen, ohne jedes Narcoticum (auch Alkohol, Brom etc.) zu leben; wird dies nicht erreicht, so ist damit entschieden, dass ein Rückfall eintritt. Er ist für Behandlung in geschlossenen, möglichst isolirt gelegenen Anstalten mit Beschäftigung der Kranken, womöglich im Freien. Sehr wichtig für die Prophylaxe ist das Verbot aller im Handverkauf erhältlichen narkotischen Mittel (Bromwasser, Chlorodyne, Bromidia etc.). Des Weiteren befürwortet F. strengstes Vorgehen gegen morphiumsüchtige Aerzte (Entziehung der Approbation).

4) J. Wurm-Berlin: **Orthopädisches Kinderpult mit verstellbarem schiefen Sitz.**

Ein besonderer Vorzug dieses Pultes ist die Einstellung desselben in beliebiger schiefer Ebene — Volkmann's schiefem Sitz — für vorhandene Skoliose.

5) Agnes Bluhm: **Die Entwicklung und der gegenwärtige Stand des medicinischen Frauenstudiums in den europäischen und aussereuropäischen Ländern.**

6) Georg Heimann-Berlin: **Die Berufskrankheiten der Buchdrucker.**

Nach den Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken der Ortskrankencasse der Buchdrucker ergibt sich eine sehr ungünstige Sterblichkeitsziffer. Häufigste Todesursache ist die Lungenschwindsucht, 49 Proc. der Sterbefälle. Erkrankungen der Athmungsorgane überhaupt bilden ein Viertel der Gesammtsumme. Die nächstwichtige Krankheit ist die Bleivergiftung, die unter verschiedenen Formen auftritt.

7) v. Sehlen-Hannover: **Ein neues Spülbecken für urologische und verwandte Zwecke.**

8) Therapeutische Mittheilungen:

Benario-Frankfurt a. M.: **Ueber Citrophen.**

Citrophen ist eines der wirksamsten und unschädlichsten Antipyretica und Antineuralgica. Wegen der Einwirkung der Salzsäure im Magen soll es nie nüchtern gegeben werden. Dosis 0,5 g. Bemerkenswerth ist der beruhigende Einfluss auf die Nerven. F. L.

Vereins- und Congressberichte.

V. Congress der deutschen dermatologischen Gesellschaft

in Graz am 23., 24., 25. September 1895.

(Original-Referat von Privatdocent Dr. Kopp-München.)

Es kann nicht unsere Aufgabe sein, über die Congressverhandlungen der deutschen dermatologischen Gesellschaft, welche jedesmal einen stattlichen Band füllen, in extenso zu berichten. Wir können nur versuchen, aus der Fülle des gebotenen Materials, aus den Vorträgen und Discussionen dasjenige in Kürze, oft nur andeutungsweise wiederzugeben, was nach unserem Ermessen auch für die allgemeine Pathologie im weitesten Sinne und speciell vom praktischen Gesichtspunkte aus bedeutungsvoll erschien, indem wir den Dermatologen von Fach auf die später ausführlich erscheinenden Publicationen der Gesellschaft verweisen.

Ueber das erste der aufgestellten Hauptthemata: **Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Pemphigus** hatten Kaposi-Wien und Rosenthal-Berlin das Referat übernommen.

Für Kaposi ist Pemphigus ein klarer klinischer Begriff, welcher sich weder in seinen histologischen Charakteren noch in seinen morphologischen Eigenschaften (Polymorphie) erschöpft, sondern durch die Gesammtsumme der histologischen und morphologischen Eigenthümlichkeiten und den klinischen Verlauf bestimmt wird. Der Umstand, dass wir die Ursachen des Pemphigus nicht kennen, berechtigt uns nicht den klinischen Begriff desselben aufzugeben, ebenso wenig die Polymorphie der Erkrankung, da man an einem und demselben Individuum im Verlaufe von Monaten und Jahren alle möglichen Formen und Verlaufsweisen beobachten kann. Die verschiedenen Typen entsprechen doch einer einheitlichen Erkrankung. Es erscheint daher nicht angebracht, nach der mehr oder weniger benignen Art der Erkrankung oder auf Grund klinischer oder histologischer Merkmale eine „Dermatitis herpetiformis" (Duhring) vom Pemphigus als Erkrankung sui generis abzugrenzen, oder gar den Krankheitsbegriff Pemphigus gegen den der „moderneren" Dermatitis herpetiformis einzutauschen. Was sonst als Dermatitis herpetiformis (Duhring) beschrieben wurde, entspricht anderen wohl bekannten und genannten klinischen Krankheitsformen: Urticaria bullosa annularis et gyrata, Lichen urticatus und dem Erythema multiforme (Hebra). Kaposi ist niemals in die Lage gekommen die Diagnose „Dermatitis herpetiformis" zu stellen und erkennt derselben auf Grund seiner eigenen Erfahrung (Beobachtung von mehr als 400 Pemphigusfällen keine Berechtigung zu.

Rosenthal, welcher in seinem Referate die verschiedenen Formen bullöser Dermatitis im weiteren Sinne und in ihren Beziehungen zu dem Krankheitsbegriffe Pemphigus erörtert, sieht im Pemphigus nach dem heutigen Stande unseres Wissens keine Krankheitseinheit, sondern nur eine bestimmte elementare Form eines Hautausschlags. Er reservirt schliesslich diesen Namen, nach Ausscheidung einer grossen Menge vesiculöser, pustulöser, bullöser, und selbst squamöser Dermatitisformen, deren Zugehörigkeit zum Pemphigus allerdings nur gelegentlich behauptet worden ist, ausschliesslich für den Pemphigus acutus, dessen Ursache aller Wahrscheinlichkeit nach eine infectiöse ist, und für den Pemphigus vulgaris subacutus und chronicus, den Pemphigus foliaceus und den Pemphigus vegetans. Der Pemphigus foliaceus tritt unmittelbar als solcher auf oder kann sich aus dem Pemphigus vulgaris entwickeln. Der Pemphigus vegetans ist als Unterart, mehr dem Pemphigus foliaceus angehörend zu betrachten. Die üppigen Vegetationen ähneln den bei anderen Dermatosen hinzutretenden Vegetationen. (Vielleicht secundäre bakterielle Infection?) In der Aufstellung einer „Dermatitis herpetiformis" mit den von Duhring und Brocq festgelegten wesentlichen klinischen Merkmalen (Polymorphie, Parästhesien, Neigung zu Recidiven, relativ guter Allgemeinzustand) erblickt er einen Fortschritt. Er nimmt acute, subacute und chronische Formen an. Er ist für Beibehaltung der Bezeichnung „Dermatitis herpetiformis" (Duhring). Die Aetiologie ist unbekannt, doch dürfte es sich wahrscheinlich um eine hervorragende Betheiligung des Nervensystems handeln. Die Therapie ist machtlos. Das gleiche gilt nun allerdings auch für die sensu strictiori als Pemphigus vulgaris, foliaceus und vegetans angesprochenen Krankheitsbilder. Auch hier ist die Aetiologie dunkel, wenn auch die Annahme einer mittelbaren vasomotorischen oder trophischen Neurose nahe liegt. Die bisherigen anatomischen Befunde in den Nervencentren können, da sie dem Charakter und der Localisation nach von einander abweichen, keinen Anspruch auf ursächliche Verwerthung erheben.

Es würde unthunlich sein, an dieser Stelle auf die mit grosser Sach- und Literaturkenntniss gegebenen Classificationsversuche der bullösen und vesiculösen subacuten und chronischen Dermatitisformen des Weiteren einzugehen. Sehr beachtenswerth erscheint uns die Bemerkung Rosenthal's, dass der sogenannte Pemphigus conjunctivae eine mit essentieller Schrumpfung des Conjunctivalsackes einhergehende und zu Phthisis bulbi führende Affection und vom Pemphigus vulgaris abzutrennen ist. Gelegentliche Localisationen auf der Conjunctiva bei Pemphigus der Hautdecke führen nicht zu dauernder Veränderung. Ein einschlägiger Fall dieser essentiellen Schrumpfung wurde im Verlaufe der Discussion von Sachsalber-Graz demonstrirt.

Die Discussion drehte sich im Wesentlichen um die Frage der Berechtigung der „Dermatitis herpetiformis" als eigenartiger Krankheitsform. Petrini-Bukarest erklärte es gewissermaassen als Modesache „die Dermatitest herpetiformis" auch einmal diagnosticirt zu haben. Im Allgemeinen schien keine grosse Neigung vorhanden zu sein, diesen Typus der amerikanischen Dermatologen und der Franzosen anzuerkennen. Esche-

rich berichtet über Fälle von Pemphigus infantum, welcher meist als eine Mykose gedeutet wird. Die Dermatitis exfoliativa (Ritter von Rittersheim) dürfte in den meisten Fällen als Zeichen septischer Infection aufzufassen sein. Eppinger berichtet über pathologische Befunde an den peripheren Nerven beim Pemphigus (Untersuchung zahlreicher Fälle), Westberg über Veränderungen des Rückenmarks in einem Falle mit Demonstration mikroskopischer Präparate. Kopp will angesichts mangelnder ätiologischer und histologischer Daten auf die theoretische Begründung einer centralnervösen Natur des Pemphigus nicht weiter eingehen. Er theilt von dem heute allein maassgebenden klinischen Gesichtspunkte aus den Standpunkt Kaposi's. Als praktisch für die Diagnose und Behandlung wichtig erscheint ihm der Umstand, dass in manchen Fällen (2 Fälle eigener Beobachtung) die Diagnose Pemphigus verfehlt wird, dann nämlich, wenn der Pemphigus durch Wochen und Monate auf den Schleimhäuten des Mundes und der Genitalien ausschliesslich localisirt ist, dadurch der Verdacht auf Lues erweckt und nun ohne Weiteres eine Quecksilbertherapie eingeleitet wird. Die concomitirende Wirkung dieser und der primären Erkrankung führt dann gewöhnlich zu beträchtlicher, die Nahrungsaufnahme und das Allgemeinbefinden wesentlich störender Stomatokake. Für den Ausgang der Erkrankung ist das insoferne nicht gleichgiltig, als bei dem Mangel einer specifischen Behandlung das Hauptgewicht in der Therapie auf die Erhaltung der Kräfte und gute Ernährung zu legen ist. Es ist daher zu empfehlen, durch häufige controlirende Beobachtung die eventuelle Entstehung der erosiven Schleimhautplaques aus wirklichen Blasen festzustellen, und nur dann zu einer antiluetischen Behandlung zu schreiten, wenn die Diagnose Pemphigus, an welche meist nicht gedacht wird, ausgeschlossen werden konnte.

Elschnig-Graz demonstrirte einen Fall von Hämangioendothelioma tuberosum multiplex, der sich makroskopisch wie ein Fall von Milium darstellte, dessen Natur aber durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt wurde.

Neumann-Wien demonstrirt die Moulage eines Falles von „Creeping eruption“, eine in Form höchst unregelmässig angeordneter erythematöser Linien über grössere Körperflächen kriechende Erythemform, welche wahrscheinlich durch die Larve eines Insectes, welches von der Eingangspforte aus in der Haut weiterkriechend Reizerscheinungen hervorruft, erregt wird. Durch Excision einer kleinen Hautstelle an dem Punkte der fortschreitenden Erythemlinie wurde Heilung erreicht. Petersen hat Kenntniss von einer dem Bilde nach analogen Eruption, welche in Ostrussland endemisch beobachtet wird.

Eine Discussion über **Arzneiexantheme** wurde eingeleitet durch einen Vortrag **Neisser's über Mercurialekzeme.**

Er ist der Ansicht, dass die nach Einreibungen mit grauer Salbe entstehenden erythematösen, vesiculösen und squamösen Dermatitisformen nicht durch das Quecksilber selbst hervorgerufen werden, sondern durch die in minderwerthigen Salben vorhandenen Beimischungen, Terpentin, Fettreste mit hoher Acidität, Nitrobenzol u. s. w. Vielleicht handelt es sich auch hier um eine individuelle Empfindlichkeit der Haut diesen Stoffen gegenüber. Die Existenz wirklicher Exantheme wird darum nicht in Abrede gestellt. — Jadassohn berichtet über Fälle von Jodoformexanthem und weist speciell auf den Unterschied hin, welcher zwischen der externen und internen Application gewisser Medicamente hinsichtlich ihrer specifischen Reizwirkung besteht. Sehr interessant ist sein Brennesselversuch. Die Blätter von Brennesseln, welche auf der äusseren Decke Urticaria erzeugen, rufen auf der Schleimhaut des Mundes, selbst wenn sie zerkaut werden, nur ein leichtes Brennen, aber keine Spur urticarieller Reizung hervor. Die für die Erklärung gewisser Arzneiexantheme herangezogene Idiosynkrasie ist keineswegs immer constant, sie kann erworben werden (Galewsky), wie auch anderseits vorhandene Idiosynkrasie durch Gewöhnung schwinden kann (Finger). Elschnig berichtet über einen Fall typischen Mercurialexanthems in Folge der intravenösen Quecksilberinjectionen nach Baccelli. Jarisch demonstrirte mikroskopische Präparate der sogenannten Psorospermien der Darier'schen Erkrankung, welche er als Degenerationsproducte betrachtet.

Als ein Hauptthema für den zweiten Tag war aufgestellt die Frage **über die Beziehungen der tertiären Lues zur Therapie der Frühperiode.**

Caspary als Referent geht davon aus, dass durch die Statistik keineswegs sicher erwiesen sei, dass Fournier's chronisch intermittirende Behandlung besser vor Tertiarismus schütze als andere Behandlungsmethoden. Er erblickt in der andauernden und energischen Zufuhr von Quecksilber ein Moment nicht zu berechnender Gefahr. Bei leichteren secundären Formen übt und empfiehlt Caspary die sogenannte symptomatische Behandlung. Bei Eintritt schwerer secundärer oder tertiärer Producte verlangt er stets, wenn keine Contraindication vorliegt, eine vielmonatliche Behandlung nach dem Typus der Fournier'schen Methode. Neisser geht davon aus, dass auch die tertiären Erscheinungen der Syphilis durch ein organisirtes Virus (Syphilisbakterien) hervorgerufen werden. Ihre Virulenz sei allerdings eine modificirte, sie sind nicht mehr übertragbar, sondern wirken nur noch auf den durchseuchten Organismus. Es handelt sich dabei (wie dies schon Bäumler angedeutet hat) um eine specifische, wohl durch die Syphilistoxine hervorgerufene Umstimmung der Gewebe. Die Klotz'sche Hypothese der Entstehung tertiärer Processe durch Infection mit den Producten tertiärer Erkrankungsformen hält N. für unbegründet.

Für die Aetiologie des Tertiarismus kommen in Betracht: 1) Ursachen der Localisation, Virusresiduen an den Stellen primärer oder secundärer Herde, oder zufällige durch Trauma oder pathologische Processe hervorgerufene Provocation des Virus (Syphilis durch Reizung, Tarnowsky). 2) Alle das Zurückbleiben des Virus im Körper begünstigenden Momente: Alkoholismus, Malaria, Marasmus u. s. w. und insbesondere: ungenügende oder fehlende oder zu späte Quecksilberbehandlung. Ganz besonders gilt dies von dem Mangel einer guten Quecksilberbehandlung in der Frühperiode. Eine gute Hg-Behandlung aber muss zeitig beginnen, energisch gehandhabt und lange Zeit, etwa bis ins 4. Jahr hinein mit genügenden Pausen fortgesetzt werden. Von geringerer Bedeutung ist die Wahl der Methode. Von der internen Pillencur hält N. nicht viel. Am besten sind Inunctionen oder Injectionen mit Vermeidung jedes Schematismus und Berücksichtigung der Individualität des Kranken. Jedenfalls aber ist zur Zeit das Quecksilber allein als ein das Syphilisvirus selbst angreifendes Mittel anzusehen. Beweis dafür ist der Einfluss des Quecksilbers auf die Vererbungsfähigkeit. Die Jodpräparate beeinflussen nur gewisse, insbesondere die tertiären Symptome. Bade-, Schwitz-, Entziehungscuren können unter Umständen als unterstützende Heilfactoren in Betracht kommen, haben aber für sich allein keine specifische Wirkung. Die Serumtherapie hat trotz theoretischer Berechtigung bisher keine Erfolge aufzuweisen. Nachtheile hat Neisser bei vernünftig geleiteter, dem Zustande des Individuums angepasster chronisch-intermittirender Quecksilberbehandlung niemals gesehen. Es sei nicht richtig, die Häufigkeit und Art der Früherscheinungen zum einzigen Maassstab für die Art und Zahl der Quecksilbercuren zu machen. Das veranlasse unter Umständen ein Uebermaass von Quecksilbercuren; auch gestattet das Ausbleiben der Frühsymptome keinerlei Prognose betreffend des Verlaufs der Erkrankung, und so erübrigt nur, jeden Kranken von seiner chronischen Krankheit durch chronische Behandlung zu befreien. Die Häufigkeit von Tertiärsyphilis bei Fällen, die in der Frühperiode nicht oder ungenügend mit Hg behandelt wurden, erhellt sowohl aus den früher beschriebenen Syphilisendemien (Radesyge, Skerljevo u. s. w.), wie aus den Schilderungen der russischen Aerzte über Syphilisepidemien auf dem Lande, endlich aus den Statistiken von Ehlers, Marschalkó und der neueren Statistik von Jadassohn und Raff. Die Ergebnisse dieser Statistiken, merkwürdig übereinstimmend in verschiedenen Ländern, seien keineswegs von der Hand zu weisen. In therapeutischer Beziehung wichtig sei

ferner auch die Thatsache, dass sehr oft an solchen Stellen, welche Sitz der primären und secundären Processe waren, später tertiäre Affectionen auftreten. N. glaubt daher der localen Behandlung dieser Frühsymptome eine grosse Bedeutung betreffs der Vermeidung tertiärer Recidive beimessen zu sollen.

Auf die sehr anregende Debatte, an welcher sich Pick, Jadassohn, Jarisch, Glück, Havas, Finger, Petersen, Petrini, Touton, Herxheimer, Mracek, Philippson, Kaposi, Schwimmer u. A. betheiligten, näher einzugehen, sind wir nicht in der Lage. Es sind daraus besonders hervorzuheben die Beobachtungen von Glück, welcher Syphilis-Epidemien auf dem Lande verfolgen konnte, wo Quecksilber fast nicht zur Anwendung gekommen war und trotz des häufigen Vorkommens schwerer syphilitischer Infectionen die parasyphilitische Tabes und progressive Paralyse nie beobachtet wurden, ein Umstand, der gewiss Bedenken erregen kann bezüglich des Zusammenhangs gewisser centraler nervöser Erkrankungen mit der Hg-Behandlung.

Schwimmer demonstrirte Abbildungen von Erkrankungen der Zunge. Cyste, Herpes, Lymphangiom, Lingua geographica, Leukoplakia, Lingua crenata, Carcinom, Gumma.

Finger demonstrirte Präparate eines weiteren Falles, welcher die gelegentlich deletären Folgen einer gonorrhoischen Infection illustrirt. Endocarditis gonorrhoica, Arthritis gonorrhoica, und gonorrhoischer Abscess der Prostata.

Schäffer zeigt sehr schöne Präparate von Gonococcen aus chronischer Gonorrhoe. Die neue Doppelfärbung mit Carbolfuchsin und Aethylendiamin-Methylenblau erleichtert das Aufsuchen der Gonococcen erheblich.

Justus demonstrirt die Veränderungen des Blutes bei Syphilis und den Einfluss der Hg-Behandlung auf den Hämoglobingehalt der Blutkörperchen. Unter dem Einfluss der luetischen Infection nimmt derselbe ab. Unter Quecksilberbehandlung steigt er beträchtlich und zwar höher als vor dem rapiden Abfall, und zwar unter verschiedenen Hg-Methoden in variabler Weise.

Aus den Vorträgen von Buschke, Raff, Finger über die Pathogenese der venerischen Bubonen und die Aetiologie des Ulcus molle ergibt sich die übereinstimmende Anerkennung des Ducrey-Krefting-Unna'schen Bacillus als pathogenes Virus des Ulcus molle. Sehr beachtenswerth scheint uns die Beobachtung dass, während in den typischen chancrösen Bubonen stets die Ulcus molle-Bacillen gefunden wurden und zwar auch schon vor der Eröffnung, bei den gewöhnlichen im Verlaufe des Ulcus molle auftretenden Bubonen die vulgären Eitererreger vermisst wurden, dass anderseits auch solche Bubonen, in denen virulente Ulcus molle-Bacillen sich fanden, sich complet rückbilden können und auch nach der Incision nicht chancrös werden müssen.

Der Morgen des dritten Tages brachte eine Demonstration interessanter dermatologischer Fälle durch Jarisch. Es kamen zur Vorstellung: spontan exulcerirte Colloidmilien am Ohr, ein Fall von Hydroa vacciniforme mit atypischer Localisation an beiden Ohren, früh entstandene multiple druckempfindliche Leiomyome der Gesichtshaut, ein Fall von recidivirender Dysidrosis (Miliaria crystallina?), und ein zweifelhafter Fall von Lupus scleroticus (nach Veiel dürfte derselbe dem Lupus erythematosus nahe stehen; diese Ansicht wird durch das Auftreten multipler pernioähnlicher Erythemflecke an den Händen und Armen unterstützt).

Petersen berichtet über Untersuchungen über die Aetiologie der Trichorrhexis nodosa, welche eine häufige Veränderung der Haare darstellt, am häufigsten an lange nicht beschnittenen Kopfhaaren gefunden wird, es handelt sich dabei um eine Ernährungsstörung in den Haaren, die unter Anderem auch durch verschiedene Organismen (Hodara) bewirkt werden kann. Spiegler fand Trichorrhexis nodosa in unseren Gegenden häufig im Barthaar der Männer, an den Kopfhaaren der Frauen äusserst selten. Es gelang ihm der Nachweis der pathogenen Natur bestimmter Mikroorganismen durch Reincultur und Erzeugung der gleichen Veränderung an gesunden Haaren. Diese Trichorrhexisbacillen erwiesen sich als identisch mit den von Hodara bei der Trichorrhexis nodosa der Constantinopler Frauen gefundenen Parasiten. Die Trichorrhexis nodosa ist also eine parasitäre Erkrankung. Zur Behandlung empfiehlt Veiel Pinselungen mit wässeriger Pyrogalollösung.

Veiel empfiehlt als Ersatzmittel für Jodoform das Airol zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre und bei Dermatatisformen verschiedener Art. Es wirkt schmerzlindernd und austrocknend und befördert die Granulationen, ist geruchlos und nicht theurer als Jodoform. Besonders bewährte es sich bei Dermatitis repens und Unguis incarnatus. Die desinficirende Wirkung ist allerdings geringer als beim Jodoform.

Ullmann berichtet über einen Fall multipler exulcerirter Hautgummata mit abnormem Verlauf und seltenen Localisationen, der erhebliche diagnostische Schwierigkeiten bot. Krösing, Wälsch, Ullmann und Pick behandeln die Frage der Multiplicität der Trichophytonpilze, wobei die strittige Frage der Trichophytonnatur der Pityriasis rosea (Gibert) gestreift wurde, ohne eine Lösung zu finden. Glück empfiehlt hoch dosirte 5procentige Sublimatinjectionen (intramusculär) zur Syphilisbehandlung und rühmt insbesondere deren Erfolg bei schweren Formen von Kehlkopfsyphilis.

(Der Nachmittagsitzung des dritten Tages (Einzelvorträge) beizuwohnen war Referent zu seinem Bedauern verhindert.)

---

67. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Lübeck, 16.—20. September 1895.

(Originalbericht.)

III.

Abtheilung für innere Medicin.

(Referent: Dr. Albu-Berlin.)

IV. Sitzung am 19. September.

Vorsitzender: Lenhartz-Hamburg.

Albu-Berlin: **Ueber die Bedeutung der Lehre von den Autointoxicationen für die Pathologie.** (Autoreferat.)

Alle Vorgänge im Organismus vollziehen sich an seinen morphologischen Elementarbestandtheilen, den Zellen. Das Geschehen selbst aber ist ein chemischer Process. Leben und Kranksein sind chemische Processe. Auch die Bakterien werden Ursache von allgemeinen Krankheitserscheinungen nur durch ihre chemischen Stoffwechselproducte. Es ist ein Fortschritt der Neuzeit, dass eine Reihe von Erkrankungen, die man früher auf äussere Ursachen (Trauma, rheumatische, nervöse Einflüsse u. dgl.) zurückführte, als Erkrankungen des Gesammtstoffwechsels des Organismus erkannt sind. Die Ursache des abnormen Ablaufs des Stoffwechsels liegt darin, dass eine überreichliche Menge normaler oder überhaupt abnormer Produkte des Stoffwechsels von irgend einer Stelle des Organismus aus in das Blut übergehen. Die Abnormität des Eiweissstoffwechsels, wie wir ihn bei der Nephritis sehen, ist ein Beispiel dafür, dass die Ursache der Stoffwechselanomalie in einer Organerkrankung zu suchen ist. In Analogie dazu steht das Myxödem bei Schilddrüsenerkrankungen, der Diabetes bei Pankreaserkrankung u. a. Nicht nur drüsige Organe können der Ausgangspunkt für den Uebergang abnormer Stoffwechselprodukte ins Blut werden, sondern jedes Organ mit seinem Se- und Excret, wenn es überreichlich gebildet oder mangelhaft ausgeschieden wird. Diese abnormen Substanzen sind für den Körper Gifte, die durch sie hervorgerufenen Processe Intoxicationen. Sowohl einzelne Symptome, wie das Gesammtbild derselben findet zahlreiche Analoga und Similia in der Pharmakologie und experimentellen Pathologie. In der Form und mit den Beweismitteln, mit denen Bouchard die Lehre von den Autointoxicationen begründet hat, hat sie bisher kein klinisches Bürgerrecht erwerben können. Die Ursache liegt in dem Mangel einer exacten Grundlage. Diese ist vor Allem in dem directen Nachweis des Krankheitsgiftes, entweder am Ausgangspunkt der Erkrankung oder im Blut, resp. in den Se- und Excreten des Körpers zu erblicken. Nur dadurch kann

die neue Lehre, die bereits vielfach missbräuchliche Ausdehnung erfahren hat, davor bewahrt bleiben, mehr als eine kritiklose Auffrischung der alten Lehre von den Dyskrasien zu sein. Heute darf die abnorme Blutmischung nicht mehr als eine gegebene, nicht weiter zerlegbare Grösse betrachtet werden. Vortragender bespricht nun einzeln die bisher als sichere Autointoxicationen theils wegen der chemischen, theils wegen der klinischen Beweisgründe anzusprechenden Erkrankungen. Dieselben umfassen einen grossen Theil der speciellen Pathologie. Von besonders grosser praktischer Wichtigkeit sind die vom Intestinaltractus ausgehenden Intoxicationen, weil dieselben in dieser Auffassung eine Handhabe zu einer durchaus rationellen Therapie bieten. Die nähere Begründung der im Vortrag gemachten Ausführungen wird in der ausführlichen Publication erfolgen.

Foss-Potsdam: **Ueber die innere Anwendung der isomeren Kresole resp. des Enterols.**

Die bisher angewendeten Kresolpräparate: Lysol, Creolin, Solutol u. s. w. haben einen ganz unbekannten Gehalt an isomeren Kresolen. Die physiologische Chemie hat festgestellt, dass die im Darm als Gegenproduct der Darmfäulniss gebildeten isomeren Kresole in einem annähernd procentuell festzustellenden Verhältniss zu einander vorkommen. Dieses physiologische Mischungsverhältniss der Körperkresole hat Vortragender durch Zahlen fixirt und das Mischungsproduct Enterol genannt. Dieses ist von ihm aus chemisch reinen Isomeren nachgeahmt worden. Das Enterol ist in einer Verdünnung von 0,02 auf 100 ungiftig; es können von dieser Lösung 1—5 g pro die genommen werden. Es wirkt bei Magendarmerkrankungen, nach dem Verlauf der klinischen Erscheinungen zu urtheilen, stark antiseptisch auf die Fäulnissproducte im Intestinaltractus, wenn der Darm zuvor gereinigt ist. Ausserdem soll nebenher täglich ein Laxans gegeben werden. Das Enterol wirkt auch fäulnisshemmend auf den Harn; es empfiehlt sich desshalb die Anwendung desselben auch bei einfachen und acuten Erkrankungen im Urogenitalapparat. Reizung der Nieren wurde nie beobachtet. Das Enterol sollte bei allen Infectionskrankheiten, auch bei Diabetes, geprüft werden, da Vortragender günstige Erfolge erzielt hat. Das Enterol ist ein sehr übelriechender, ätzender Stoff. Es wird desshalb am zweckmässigsten in Pillen und Kapseln, in Verbindung mit Abführmitteln, gegeben.

Albu-Berlin vermisst einen Beweis für die angebliche antiseptische Wirkung im Darmcanal. Die vom Vortragenden dafür angegebenen klinischen Erscheinungen seien nicht eindeutig. Wie bei fast allen sogenannten Darmdesinficientien ist die eventuelle günstige Einwirkung auf die gleichzeitige Entleerung des Darmes von dem fäulnissfähigen Darminhalt zurückzuführen.

Soll-Aachen: **Ueber Antisepsis unter besonderer Berücksichtigung der Jodpräparate.**

Unter den antiseptischen Jodpräparaten kann man sehr scharf eine Theilung machen: 1) in solche, welche in Berührung mit dem Organismus Jod abspalten, 2) in solche, welche unverändert den Körper verlassen. Zu der ersteren Gruppe gehören das Jodoform, Jodol, Europhen, Aristol u. s. w., zur letzteren das von Classen und Löb dargestellte Nosophen = Tetrajodphenolphtalein, dessen Natronsalz als Antinosin bezeichnet wird. Während beim Jodoform die durch die Einwirkung des freiwerdenden Jods entstehenden Jodalbuminate die Träger der antiseptischen Eigenschaft, kann man beim Nosophen nur in dessen Verbindungen mit dem Eiweiss die wirksamen Bestandtheile suchen. Jedenfalls sind es auch hier complexe Jodeiweissverbindungen, welche den Nährboden für die Bakterien unbrauchbar machen, beim Jodoform tritt aber intramediäres Jod auf, das wahrscheinlich die Ursache der Jodoformintoxicationen ist. Das Freiwerden des Jods ist ein Nachtheil des Jodoforms, während man es früher gerade als Vorzug der Substanz ansah. Das Nosophen ist dagegen wegen der festen Jodverbindung vollständig ungiftig. Die Eiweissverbindungen werden im Organismus wieder gespalten und das Nosophen verlässt schliesslich in seiner ursprünglichen Gestalt den Organismus. Das Jodoform bildet auf der Wunde antiseptisch durch seine Zersetzungen die Bildung wasserlöslicher Eiweissverbindungen. Das indifferente Nosophen dagegen wird durch die alkalischen Säfte des Körpers allmählich in das Natronsalz übergeführt und gelangt in dieser Form zur Wirksamkeit.

Nourney-Mettmann: **Tuberculin im Lichte der Serumtherapie.**

Die Wirkung des Behring'schen Heilserums ? wegen der geringen Dosen, die zur Anwendung gelangen, keine antitoxische sein, sondern eine indirecte auf die Zellen sich erstreckend wie beim Tuberculin, das in kleinsten, seltenen Dosen gebraucht, sehr heilsam sei.

Abtheilung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

(Referent: Gottschalk-Berlin.)

I. Sitzung am 17. September (Schluss; s. No. 39.)

Vorsitzender: Schatz-Rostock.

Fehling-Halle: **Ueber neuere Operationsmethoden bei schweren Gebärmutterscheidenvorfällen.**

Der Vortr. warnt einleitend davor, jede leichte Senkung im vornherein operativ behandeln zu wollen. Bei jüngeren Frauen, wo die Senkung im Anschluss an das Wochenbett entsteht, genügt oft längeres Liegenlassen in puerperio, Sorge für gute Rückbildung u. s. w. Steht die Frau noch mitten in der Fertilitätsperiode und ist der Vorfall nicht zu stark, so behilft man sich mit Pessarien von ovaler Form und nicht zu gross gewählt, da Geburten in 64 Proc. der Fälle zum Rückfall führten; bei alten Frauen oder wo sonst die Operation contraindicirt ist, soll bei hochgradigen Formen ein Stützapparat oder die Operation nach Freund angewandt werden. Alle anderen Vorfälle sollen operirt werden nach den bekannten Methoden von Simon-Hegar u. A., dann muss auch soweit möglich auf Verkleinerung des Uterus hingearbeitet werden. Trotz alledem gibt es Rückfälle, die bei den verschiedenen Operateuren zwischen 10—40 Proc. schwanken. Für eine Reihe von Fällen schützt zweizeitiges Operiren; bei anderen, wo der Misserfolg in dem anatomischen Verhalten des Vorfalles, Lockerung des Bandapparates liegt, muss man mit den alten Methoden der Scheidendammplastik andere Operationen combiniren.

Hierher gehört die Ventrifixatio nach Olshausen; diese hat aber 20 Proc. Recidiv ergeben und bringt den weiteren Nachtheil eines Bauchbruchs. Günstigere Resultate verspricht die Vaginaefixation nach Dührssen-Mackenrodt, doch sind hier die Erfolge noch nicht genügend lange beobachtet.

Für wieder andere Fälle passt die Totalexstirpation der Gebärmutter, combinirt mit Scheiden- und Dammplastik. Diese erzielt nur 7 Proc. Rückfälle, zeigt aber in der Literatur 10 Proc. Todesfälle. Diese Operation soll nur bei hochgradiger Veränderung des Uterus und bei älteren Frauen ausgeführt werden, da sie bleibende Verstümmelung setzt. Im Ganzen kann man hoffen, durch richtigere Auswahl der Operationsmethoden bessere Dauerresultate zu erzielen.

Discussion: Prochownik ist auch gegen das frühzeitige und viele Operiren bei Vorfällen, empfiehlt warm die Pessarbehandlung und zwar sein Schalenpessar. Mit der Totalexstirpation erziele man die besten Erfolge jenseits der vierziger Jahre. Jenseits des 56 Lebensjahres seien operative Dauerresultate nicht mehr zu erhoffen. Pr. ist kein begeisterter Anhänger der Vaginaefixation, die er früher viel geübt. Die Harnblase komme doch wieder herunter und stülpe die vordere Scheidenwand wieder vor.

Gottschalk ist gleichfalls gegen die operative Vielgeschäftigkeit bei der Prolapsbehandlung besonders bei den leichteren Formen, die wir nicht selten, zumal bei jüngeren Individuen, mit bestem Erfolge orthopädisch und durch Massage behandeln können. Man muss hier sehr individualisiren und die Ursache der Senkung mehr in's Auge fassen. Denn gerade die hochgradigeren Formen, die wir bei abgemagerten durch rasche Aufeinanderfolge einer grösseren Zahl von Entbindungen sehr heruntergekommenen Individuen sehen, müssen prognostisch ganz anders beurtheilt werden. Wir sehen hier in dem Prolaps vielfach nur eine Theilerscheinung einer allgemeinen Erschlaffung des ganzen Bauchfells und der ganzen Bauchwand. Hier finden wir neben dem Prolaps Enteroptose, Wanderniere und nicht selten auch Hernien: Inguinal- und Nabelhernien. Was nützt es hier, ein enges Scheidenrohr zu schaffen? Die Beschwerden bleiben bestehen, der Vorfall wird beseitigt. In den hochgradigeren Fällen genügt überhaupt die Kolporrhaphie und Perineoplastik allein nicht,

man muss auch dem Uterus selbst einen Halt geben. G. hat wiederholt mit gutem Erfolge die Kolporrhaphie mit der Alexander-Alquié'schen Operation combinirt. Gerade durch die gleichzeitige Verkürzung der Ligg. rotunda wird der Uterus stark elevirt und der vorderen Bauchwand genähert, bleibt aber dabei frei beweglich und lässt die Harnblase unversehrt.

In neuerer Zeit ist G. zufällig auf ein anderes Verfahren, den Uterus bezw. die Cervix selbst im Becken hinten zu fixiren, gekommen und zwar gelegentlich eines mit einem retrouterinen Beckenabscess complicirt gewesenen derartigen Falles. Durch die hier nothwendig gewordene Jodoformgazedrainage des Douglas war es zu einer festen narbigen Fixation der Cervix etwa in Höhe des inneren Muttermundes gekommen und ein gutes dauerndes Heilresultat des Vorfalles erzielt worden. Seitdem ist G. in einigen Fällen absichtlich in der gleichen Weise verfahren, d. h. er hat bei der medianen Kolporrhaphie (Sänger) den Douglas eröffnet, eine kleine Oeffnung im hinteren Scheidengewölbe gelassen, durch welche die Douglas'sche Tasche während 8 Tage zweimal mit Jodoformgaze ausgestopft wurde. Diese andauernde Gazetamponade bedingt ausgiebige feste Verwachsungen, die den Halstheil nach hinten oben fixiren, ohne dass die Heilung der Kolporrhaphiewunde irgend wie beeinträchtigt wird. Die Eröffnung der Douglas'schen Tasche ist heutzutage ungefährlich. Es handelt sich also bei dieser Methode um eine Combination der gewöhnlichen Colporrhaphia mediana mit einer durch Gazetamponade bewirkten intraperitonealen narbigen Fixation der Cervix. Die kleine Oeffnung im hinteren Scheidengewölbe ist sich selbst zu überlassen, die Narbe wird um so fester. Beschwerden machen diese Narben nicht.

Leopold fragt Fehling nach dem Verbleib des Silberdrahtes bei der Freund'schen Operation.

Schatz empfiehlt Pessarbehandlung bei Prolaps und zwar die Schalenpessare, welche den Vorzug haben, fortschreitend kleiner gewählt werden zu können. In späterer Zeit lässt dann Sch. Kugelpessare tragen.

Brennecke-Magdeburg hat die Vaginaefixatio bis jetzt noch nicht ausgeführt. Er bildet in schweren Fällen einen ausgiebig hohen Damm und ventrifixirt vorher den Uterus transperitoneal, d. h. er schneidet die Bauchdecke bloss bis zur Fascie ein und lässt sich dann den Uterus nach vorn gegen die Bauchwunde andrängen und sticht die fixirende Nadel durch Fascie und Peritoneum blind durch. Die Fascie soll nicht durchtrennt werden, damit sich kein Bauchbruch bilde. Die Bauchhöhle soll nicht ad hoc eröffnet werden; sei dies aus einer anderen Indication nothwendig, so vernähe er die ganze vordere Uterusfläche breit mit der Bauchwand.

Prochownick bestätigt Gottschalk die guten Erfolge mit der Combination der Kolporrhaphie und Verkürzung der Ligg. rotunda. Pr. ist ein Gegner der von Schatz empfohlenen Kugelpessare und empfiehlt nochmals warm seine Schalenpessare.

Fehling (Schlusswort) ist durchaus nicht gegen runde Pessare, nur sollen zuerst ovale versucht werden; erst wenn diese versagen, sind runde zu wählen, die ja die Scheide erweitern, anstatt sie zu verengern. F. warnt vor der von Brennecke empfohlenen blinden Ventrifixation ohne Eröffnung der Bauchhöhle wegen der Gefahr der Darmverletzung.

Leopold: Ueber die Leitung der normalen Geburten lediglich durch äussere Untersuchung.

Durch die äussere Untersuchung lässt sich I. und II. Schädellage und Gesichtslage mittels der bekannten vom Vortr. früher schon genauer beschriebenen 4 Handgriffe. die durch Abbildungen illustrirt werden, erkennen, desgleichen der Fortgang der Geburt verfolgen. Die innere Untersuchung kann nicht ganz ausgemerzt werden, aber sie ist im wesentlichen auf die pathologischen Fälle zu beschränken, oder nur als Ergänzung der äusseren Untersuchung nothwendig. Sie wird die werthvollste Ergänzung der äusseren Untersuchung bleiben.

Die bis jetzt vorliegenden Erfahrungen in der Klinik und Privatpraxis beweisen, dass eine grosse Zahl von Geburten, namentlich in der Privatpraxis lediglich durch äussere Untersuchung geleitet werden kann. Die innere Untersuchung hat sich an bestimmte Indicationen zu knüpfen, hier ist sie werthvoll.

So lange als nicht die geringsten Abweichungen bezüglich der Wehenthätigkeit und des Befindens von Mutter und Kind vorliegen, ist die innere Untersuchung zu entbehren.

An den Lehrstätten sollen die äussere und innere Untersuchung gleichmässig gelehrt werden, doch soll in späterer Zeit des Studiums mehr Nachdruck auf die Leitung der normalen Geburten lediglich durch äussere Untersuchung gelegt werden.

In der Privatpraxis sei die Statistik bezüglich des Kindbettfiebers in Folge der schwierigen Durchführbarkeit der Antisepsis noch keine günstige, desshalb empfehle sich gerade hier eine Einschränkung der inneren Untersuchung.

Discussion: Schatz empfiehlt eine Modification des zweiten äusseren Handgriffes: Der Steiss soll mit der Hohlhand umfasst und schräg abwärts gegen den Kopf herabgedrückt werden. Dadurch werde das Kind stärker über die Bauchfläche flectirt und der Rücken springe deutlicher erkennbar hervor. Der dritte Griff soll Steiss und Rücken entgegendrücken, also auch ein schräger Handgriff sein. Auch Sch. ist überzeugt, dass in sehr vielen Fällen die Geburt lediglich durch äussere Handgriffe geleitet werden kann.

Fehling will die innere Untersuchung nicht so weit bannen wie Leopold; er sieht schon in der Entwickelung der Gynäkologie eine Gefahr für den geburtshilflichen Unterricht. Die innere Untersuchung sei viel schwieriger zu erlernen, wenn man der Hebamme die innerliche Untersuchung verbiete, so verlerne sie dieselbe. Die Hebamme müsse sich desinficiren lernen und zwar streng nach der Uhr; eine Schnelldesinfection gebe es nicht. Die Hebammen dürften nicht so viel mit Lochien in Berührung kommen, hier liege die Quelle der Gefahr und hier sei der Hebel anzusetzen. Die Aerzte müssen mehr in der inneren Untersuchung unterrichtet werden. Zum Schluss warnt F. davor, die Consequenzen der äusseren Untersuchung zu weit zu treiben.

Werth schliesst sich im Ganzen Fehling an. In der vorgeschlagenen Analuntersuchung erblicke er einen Excess der äusseren Untersuchungslehre. Man müsse den Hebammen möglichst unzweideutige Anweisungen geben und ihnen möglichst wenig Spielraum in ihren Entscheidungen lassen. Der von Schatz angegebene zweite äussere Handgriff (Herstellung einer stärkeren Beugung) sei nicht neu.

Lomer-Hamburg empfiehlt Gummihandschuh für die innere Untersuchung. Solcher Gummihandschuh liesse sich in Sublimat sicher desinficiren. In den meisten Fällen werde das feine Gefühl dadurch nicht beeinträchtigt, nur bei Placentarlösungen habe er in dieser Hinsicht Schwierigkeiten gehabt.

Brennecke: Alle Lehren helfen bei den Hebammen nicht viel. Die Entbindungen in der ärmeren Privatpraxis sind wegen der Ungunst der häuslichen Verhältnisse nicht streng antiseptisch zu leiten.

Keilmann-Breslau: In der Poliklinik lässt sich die innere Untersuchung nicht umgehen, in der Klinik in Breslau sei bei 1000 Geburten nicht innerlich untersucht worden. Die innerliche Untersuchung solle sich auf die Feststellung der Weite des Muttermundes beschränken, das Abtasten der Fontanellen sei nicht nothwendig.

Leopold (Schlusswort) hält die Thatsache, dass man eine Geburt lediglich durch äussere Untersuchung leiten kann, für höchst bedeutungsvoll. Der Studirende müsse selbstverständlich nach beiden Richtungen hin ausgebildet werden; die Aerzte sollen die innere und äussere Untersuchung beherrschen.

Nachmittagssitzung am 17. September.

Vorsitzender: Werth.

Demonstration von Präparaten.

Vogt-Hamburg zeigt mikroskopische Schnitte aus cystischen von Prochownick operativ gewonnenen Myomen und erörtert deren Genese. Im ersten Falle war das Myom wahrscheinlich aus dem Gartner'schen Gange hervorgegangen.

Prochownick fügt als Ergänzung hinzu, dass in einem Falle nach der Castration eine starke Schrumpfung des Myoms erfolgt sei, später aber sich myomatöse Metastasen an dem Mesenterium des Darmes und den Darmschlingen gezeigt hätten.

Discussion: Gottschalk fragt, ob hier nicht eine maligne Entartung des Myoms vorliegen könne und verweist auf eine ähnliche Demonstration von Langerhans in der Berliner Medicinischen Gesellschaft.

Prochownick antwortet, dass eine bösartige Entartung nicht gefunden sei.

Werth weist auf einige analoge Beobachtungen in der Litteratur hin, wo auch eine sarkomatöse Umwandlung nicht zu constatiren gewesen sei.

Prochownick demonstrirt:

a) einen der Leiche gewonnenen 4 monatlich graviden Uterus retroflex. fixat., die Trägerin war an Kothbrechen und Peritonitis gestorben;
b) sein blätterförmiges, nach Art des Cusco'schen, construirtes Scheidenspeculum;
c) eine Anzahl hübscher Glasphotogramme von Schnitten aus schwangeren Tuben.

Fehling demonstrirt einen geburtshilflichen Instrumentenkoffer, ganz aus Aluminium angefertigt, der sich in der poliklinischen Praxis bis jetzt gut bewährt habe und leichter sei als die Nikolinkästen.

Prochownick: Die Behandlung ektopischer Schwangerschaft mit Morphiumeinspritzung nach v. Winckel.

Die Frage über die Einspritzung toxischer Substanzen in den Fruchtsack sei noch eine offene. v. Winckel habe mit seinen Morphiumeinspritzungen nur wenig Nachahmer gefunden. P. hat 4 Fälle von der Scheide aus mit einmaliger directer Morphiumeinspritzung von 0,03—0,04 ohne Aspiration in den stets noch intacten Fruchtsack behandelt. Drei der Frauen befanden sich vor, eine, gleichzeitig gonorrhoische, jenseits der 12. Schwangerschaftswoche, die letztere fieberte bei der Auf-

nahme und hier trat Abscedirung per rectum ein. Heilung. Die drei anderen heilten glatt in wenigen Wochen bezw. Monaten; nur einmal mässige Hämatocele.

Im 5. Falle geschah die Einspritzung durch die Bauchdecke, dabei war trotz aller Cautelen eine mit der Hauptsackwand verlötete Darmschlinge durchstochen und dadurch der Sack inficirt worden. Sepsis nach 2 Tagen, Köliotomie, Heilung.

P. ist mit Winckel in dem Grundgedanken einig, in den ersten Monaten der Schwangerschaft bei Erkenntniss der Sachlage, die auch er, so lange der Abort nicht stärker im Gange ist, für unschwer hält, nicht gleich zu operiren, sondern Morphiumeinspritzung zu versuchen. Nur soll grundsätzlich nicht aspirirt und nur einmal eingespritzt werden. Mit W. A. Freund ist Pr. der Ansicht, dass die 12. Woche nicht überschritten sein darf wegen der Schwierigkeit der Resorption und der folgenschweren Gefahr einer Placentarverletzung. Ist der Abort im Gange oder das Ei nicht mehr intact, so kann die Morphiumeinspritzung keinen Einfluss mehr haben. P. verwirft principiell die Injection von den Bauchdecken aus und ist ausschliesslich für die vaginale Injection wegen ihrer geringeren Gefährlichkeit. Sind acute Perimetritis und chronische Gonorrhoe vorhanden, so ist die Methode contraindicirt. Unter über 90 Beobachtungen in 18 Jahren hat Vortr. nur 6 mal die Indication für die Winckel'sche Methode gefunden.

Discussion: Werth: Das Material v. Winckel's sei wenig beweisend, es sei nicht immer leicht zu sagen, ob das Ei noch lebt oder nicht. Trotz Abgangs der Decidua könne, wie ein Fall seiner Beobachtung lehre, die Frucht noch leben.

Fehling ist unter Hinweis auf den Ausspruch Werth's, wonach die Extrauteringravidität mit einer bösartigen Neubildung vergleichbar sei, gegen die Morphiumeinspritzung. In den geheilten Fällen sei die Diagnose nicht sicher.

Gottschalk weist auf einen von ihm beobachteten Fall hin, wo ein sich nach dem Absterben der Frucht selbst überlassener ektopischer Schwangerschaftssack noch nach einer Reihe von Jahren zur schweren Vereiterung führte mit Durchbruch in die Blase und wo sich auf Grund dieser langdauernden Eiterung eine Tuberculose entwickelte, Solche Beobachtungen zeigten, dass die Resorption solcher Stücke noch grosse Gefahren involviren könne.

Die Decidua könne unter Umständen auch erst Wochen nach dem Absterben der Frucht abgehen, so habe G. jüngst einen Fall operativ vaginal behandelt, wo es bereits zur Hämatocelenbildung gekommen war, bei dem erst in der 4. Woche nach der Operation die Decidua ausgestossen wurde.

Leopold kann sich anatomisch mit der Morphium-Injection nicht vertraut machen und ist ein Gegner derselben.

Werth will seinen Ausspruch bezüglich der Gleichwerthigkeit der ektopischen Schwangerschaftssäcke mit einer bösartigen Neubildung nicht auch auf den tubaren Abortus bezogen wissen, bei dem sich bis jetzt, wo wir noch therapeutisch experimentiren, so lange wie möglich, ein exspectatives Verhalten empfehle.

Prochownick (Schlusswort) hat operativ gute Resultate, will aber trotzdem die Punction nicht verwerfen bis zur 8.—9. Woche. Bis dahin sei eine Resorption des Foetus recht gut denkbar. Vor der Blutung könne man die Frühdiagnose jetzt stellen.

Keilmann-Breslau: Ueber die Entwicklungsbedingungen verschiedener Placentarformen.

Die Bedingungen zur Entwickelung der einen oder anderen Placentarform sind in der Insertion der Nabelschnur, von der die Placentarbildung überhaupt ausgehe und in den topischen Beziehungen zu den verschiedenen Gebieten des Uterusinnern gegeben. Die primär um die Insertion der Allantois unter Mitwirkung der Reflexa (capsularis) angelegte Placenta erfahre durch die verschiedenen Möglichkeiten der Gewinnung von Secundärboden Modificationen, die formbestimmend seien. Eine centrale Insertion der Nabelschnur gehöre zur runden Form der Placenta. Das Gebiet der Primärplacenta atrophire an den Stellen, wo sie keinen Secundärboden finde; diese atrophischen Stellen lassen sich an den Placenten mikroskopisch nachweisen. Das, was man sonst als grosse Serotina bezeichne, sei Reflexa placenta. Die Placenta entwickle sich regelrecht weiter auf der Reflexa, denn es sei im III. Monat die Umschlagfalte von Vera in Reflexa am Placentarrande nicht zu finden. An Abbildungen wird gezeigt, dass die Nähe der Nabelschnurinsertion für die Entwicklung und Erhaltung von Placentargewebe von Bedeutung sei.

Discussion: Schatz tritt der Auffassung des Vortr. entgegen, hebt die Schwierigkeit der Frage hervor, verweist auf die Verlagerung der Ansatzstelle bei den Nagethieren hin.

Gottschalk weist auf das Missverhältniss zwischen der Flächenausdehnung der ursprünglichen Dec. capsularis und derjenigen der fertig gebildeten Placenta hin, das doch dafür spräche, dass nicht die Dec. capsularis, wie der Vortr. meint, sondern die eigentliche Decidua der Flächenausbreitung als Boden dienen könne. Die Decidua capsularis sei keineswegs schon im Beginne der Schwangerschaft, sobald sie das Ei umwachsen, fertig angelegt, sondern beim weiteren Wachsthum des Eies würden fortschreitend immer neue oberflächliche Schichten der an die Decidua basalis angrenzenden Decidua auf das Ei hinübergezogen und zur Dec. capsularis verwendet. Erst wenn das Ei die Gebärmutterhöhle ganz ausfülle, sei die Dec. capsularis fertig angelegt. Inzwischen aber haben sich im Umfange der Insertionstheile auf der eigentlichen Decidua die Zotten weiter ausgebreitet und so erkläre sich das auffallend rasche Flächenwachsthum. Dass an dem vorgezeigten Präparat die Capsularis (Reflexa) zum Placentarsitz geworden, davon habe sich G. nicht überzeugen können. Der Befund von Zotten in der ganzen Peripherie junger Eier sei ja selbstverständlich, diese atrophiren erst allmählich.

Keilmann (Schlusswort) weist darauf hin, dass gerade das Studium der Thiere seine Auffassung zu stützen scheine.

ten Doornkaat-Hamburg empfiehlt bei Nachgeburtsblutungen einige Tropfen von reinem Lysol auf Wattetampon zu träufeln und diesen gegen die blutenden Stellen einige Minuten anzudrücken; die Blutung stehe dann sofort.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 24. September 1895.

Vorsitzender: Herr Rumpf.

I. Demonstrationen. 1) Herr Wiesinger demonstrirt einen Fall von Darmausschaltung nach Salzer, den er wegen Ulcerationen und Stenosen im Darm ausgeführt hat. Ausgeschaltet wurden in diesem Falle die obere Hälfte des Colon ascendens, das ganze Colon transversum und descendens und die obere Hälfte der Flexura sigm. Die untere Hälfte des Colon ascendens wurde mit der unteren Hälfte der Flexur vereinigt.

Man unterscheidet eine totale Occlusion mit Vernähung beider Enden des ausgeschalteten Stückes, und eine partielle, wobei eines der Enden oder beide als distale Fisteln nach aussen geleitet werden. In der Literatur existiren bisher 7 Beobachtungen am Menschen (Hochenegg, Frank, v. Eiselsberg, Baracz, Obalinsky, Körte und Funke), von denen 5 partiell und 2 total occludirt wurden. Vortragender empfiehlt zunächst auf alle Fälle eine distale Fistel anzulegen und abzuwarten; wird die Secretion geringer, so kann man später die Fistel leicht verschliessen oder reseciren. Praktisch ausführbar ist die Operation nur am Dickdarm, da der Dünndarm zu stark secernirt. Die Indication zur Operation geben inoperable Tumoren, Ulcerationen und Stenosirungen des Dickdarms. Die letzte Voraussetzung traf im vorgestellten Falle zu. W. legte zuerst einen künstlichen After an; als der Erfolg ausblieb und die Sonde Stenosen feststellte, machte W. die Laparotomie und schaltete die oben erwähnten Theile des Dickdarms aus. Das untere Ende wurde total occludirt, das obere als Fistel nach aussen geleitet. Der Verlauf war günstig. (Demonstration von Schemata der Operation und der Patientin, die ihre jetzt nur wenig secernirende Darmfistel in der rechten Unterbauchgegend trägt.) Die noch vorhandene Fistel soll demnächst geschlossen werden.

2) Herr Mittermaier demonstrirt: a) 2 grosse Ovarialkystome, die durch Laparotomie entfernt wurden. Verlauf günstig.

b) 2 Tubenaborte, durch Operation geheilt;

c) ein durch Operation gewonnenes Präparat von Extrauterinschwangerschaft in einem linksseitigen rudimentären Nebenhorn des Uterus. Es fand sich bei der Operation nur eine ligamentäre Verbindung zwischen Uterus und Fruchtsack, von dem das linke Ligamentum rotundum entsprang. Das Corpus luteum sass im linken Ovarium. In diesem Falle muss das Sperma durch den Uterus, den rechten Eileiter, durch die Bauchhöhle zum linken Eileiter und von hier in das rudimen-

täre Nebenhorn gewandert sein (äussere Ueberwanderung des Samens).

II. Herr **Mennig: Ueber sieben Fälle von Barlow'scher Krankheit.**

Vortragender hat in den letzten 2 Jahren siebenmal Gelegenheit gehabt, Fälle von Barlow'scher Krankheit zu beobachten. Er schildert das bekannte Krankheitsbild der Affection (Blutungen unter das Periost und in das Knochenmark der Extremitäten, am Zahnfleisch, in der Haut, in den Nieren, im Darm und Gehirn), ihre günstige Prognose bei richtiger Erkenntniss und die Behandlung. Die Krankheit wurde zuerst 1857 von Möller als „acute Rhachitis" beschrieben und gerieth dann wieder in Vergessenheit, bis Barlow zuerst 1883 und zuletzt wieder im vorigen Jahre die Symptome und Pathologie feststellte. Bei uns hat besonders Rehn 1890 das Leiden unter dem Namen „infantiler Scorbut" bekannt gemacht. Seitdem sind mehrfach Fälle von Conitzer, Heubner, L. Fürst und v. Strack beschrieben worden.

Die von M. beobachteten Fälle betrafen Kinder von wenigen Monaten bis $1^1/_4$ Jahren, die alle zur Heilung gelangten. Allen gemeinsam war eine Ernährung mit sterilisirter Milch aus Elmshorn; sobald ein Wechsel der Nahrung, häufiger Aufenthalt in frischer Luft und als Adjuvans etwas Hämatogen verordnet wurde, trat bald Genesung ein. Die Elmshorner Milch ist chemisch untersucht und als tadellos befunden worden; doch hat M. in Erfahrung gebracht, dass wenigstens früher die Milch oft 3—4 Tage alt war, wenn sie zum Verkauf gelangte. Auch in den übrigen Fällen der Literatur handelte es sich fast stets um Kinder, die mit künstlichen Nährmitteln oder mit sterilisirter Milch aufgezogen wurden. M. glaubt nicht, dass es sich um eine Abart der Rhachitis dabei handelt. Ob die Krankheit auf Bakterien oder auf ein Deficit von bestimmten Salzen, etwa Alkalien in der Milch, zurückzuführen sei, ist vorläufig noch nicht festgestellt.

Discussion. a) Herr Alsberg hat ausser den früher von Conitzer beschriebenen Fällen aus der Poliklinik des Israelitischen Krankenhauses noch 3 weitere Fälle beobachtet. Eins der Kinder ist gestorben, die andern wurden geheilt. A. betont unter den Symptomen besonders den blutigen Urin, der in 4 von 5 Fällen gefunden wurde.

b) Herr Gustav Cohen hat 2 Fälle beobachtet. Im ersten Fall hatte das Kind einen einseitigen Exophthalmos, den schon Barlow als Symptom erwähnte, und der durch retrobulbäre Blutungen zu Stande kommt. Der zweite Fall betraf ein 11 Monate altes, ebenfalls mit Elmshorner Milch ernährtes Kind, das fieberte und an jeder Seite Epiphysenlösungen der Tibiae zeigte. Beide Kinder genasen. — C. bezweifelt, dass auch Brust-Kinder daran erkranken können, und weist auf die interessante Thatsache hin, dass in diesem Falle die Sterilisirung, wie es scheint, geradezu Ursache einer Erkrankung werde.

c) Herr Conitzer erwähnt, dass schon Barlow selbst in 9 Fällen die Affection bei Brust-Kindern beschrieben habe. Dass die Sterilisirung als solche nicht Ursache der Krankheit sein könne, geht aus den Fällen Möller's vom Jahre 1857 hervor, wo man noch nichts vom Sterilisiren u. dgl. wusste. C. hält die frische Luft für ein Hauptmoment in der Behandlung. C. schlägt, wie schon früher, nochmals vor, das Leiden als „Osteopathia haemorrhagica infantum" zu bezeichnen. Jedenfalls müsste man, um historisch gerecht zu sein, die Affection „Möller-Barlow'sche Krankheit" benennen.

d) Herr Unna fragt, ob die Elmshorner Milch auch bakteriologisch untersucht worden sei?

e) Herr Mennig verneint dies. Nach seiner Ansicht sei die frische Luft allein nicht hinreichend zur Heilung. Der Wechsel in der Nahrung bleibe die Hauptsache. Einen Exophthalmos beobachtete M. in seinen 7 Fällen nicht. Jaffé.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 5. October 1895.

Gegen das medicinische Studium der Frauen. — Heilfrauen. — Reciprocität hinsichtlich der Praxis der Aerzte in beiden Reichshälften. — Aerzte als Plagiateure.

Unser erster Chirurg, Hofrath Prof. E. Albert, hat jüngst in einer Broschüre: „Die Frauen und das Studium der Medicin", zu dieser, in neuerer Zeit wieder mehrfach angeregten Cultur-, oder sagen wir lieber: socialen Frage öffentlich Stellung genommen.

„Ich habe die tiefste Ueberzeugung, dass der ärztliche Beruf für sie (die Frauen) nicht passt. Ich wünsche es ihnen auch nicht, dass sie ihn ergreifen" ..... So spricht der berühmte Lehrer und Menschenkenner schon einleitend und begründet diese seine Ansicht in ebenso geistreicher als überzeugender Weise.

Alle Culturobjecte, sagt Albert, auf der ganzen Weltoberfläche haben die Männer erdacht und geschaffen, nicht ein einziges das Weib. Seit der Urzeit der Menschheit hatte das Weib nur eine Aufgabe: Kinder zur Welt zu bringen, sie zu säugen und zu pflegen. Nun soll mit einem Male dieses Naturwesen ein Culturwesen werden, die Frauen sollen, nach dem Schlagworte der freien Entwicklung, anders erzogen, anders gebildet, unter andere Bethätigungen gestellt, es den Männern gleich thun können? Das eben bestreitet Albert.

Vor Allem ist die weibliche Psyche anders geartet als die des Mannes. Beim Weibe überwiegt die Gefühlswelt und das leichte Sichhinreissenlassen; es ist unlogisch, es fehlt ihm Methode und Constructives, es fehlt ihm grammatischer, mathematischer und strategischer Verstand. Erziehung und Bildung werden diese Unterschiede niemals ausgleichen. In der Kunst, Musik und Literatur haben sich seit Jahrhunderten schon viele Frauen versucht; aber Alles, was sie auf diesen Gebieten geschaffen haben, hält nicht im Entferntesten einen Vergleich mit dem aus, was von den Männern geschaffen worden ist. Es haben die Frauen doch nur viel kleinere Köpfe und bleiben sich seit Jahrtausenden in den wesentlichsten Zügen gleich.

Im Speciellen — bei der praktischen Ausübung der Heilkunde — werden oft die höchsten geistigen und physischen Anstrengungen gefordert, welchen nur wenige Weiber genügen würden; das Studium ist lang und theuer und dann beginnt erst der Kampf ums Dasein. Die Ausbildung zahlreicher weiblicher Aerzte in Petersburg, Genf etc. hat keineswegs ermuthigende Resultate geliefert (Laskowski, E. Vogt). „Der ärztliche Beruf erfordert Denken und Machen. Wie wenige Studenten vereinen beide Gaben! Nun sollte auch eine dritte Kategorie von Wesen, die Frauen — also Wesen, bei denen die das Denken und Machen beirrende Erregbarkeit des Gefühllebens so stark ausgeprägt ist — dem Berufe sich zuwenden! Welche Umprägung des Naturells müsste dann erst da eintreten, wenn der Zweck erreicht werden sollte? Welche neue Riesenarbeit?"

Wollte man die Frauen zu Augen-, Ohren-, Kehlkopf-, Zahnärzten, oder zu Frauen- und Kinderärzten, also zu Specialistinnen, heranbilden, so würden diese ebenfalls bloss in Städten existiren können, wo sie aber die Concurrenz mit den grösseren männlichen Specialisten nicht aufnehmen könnten. Sodann müssten sie — wie die Männer — zuvor den Grad eines Doctors der gesammten Heilkunde erwerben, da es keine Art von weiblichem Specialistenthum mit geringerer Vor- und Ausbildung geben kann. Gleiche Rechte, gleiche Pflichten!

Albert ist aber keineswegs dafür, das weibliche Geschlecht von der Theilnahme an der Ausübung der Heilkunde gänzlich auszuschliessen. Er will eine Art weiblicher Gehilfen des Arztes heranbilden — Heilfrauen. Die Mädchen sollen eine Bürgerschule durchmachen, dann einige Jahre Ausbildung und dann Verwendbarkeit auf allen möglichen Punkten: als Hebammen, bessere Spitalswärterinnen (Oberwärterinnen und sogar Spitalsassistentinnen), Gehilfinnen bei Operationen, Assistentinnen in der Augen-, Ohren-, Kehlkopf- und Zahnheilkunde etc. etc. Es liessen sich die Fälle der Noth bestimmen, in welchen eine solche Heilfrau eingreifen darf, bevor der Arzt anlangt — Unfälle, plötzliche Erkrankungen, Vergiftungen. An Stelle der Hebammen also würden Heilfrauen treten, welche einen theoretisch-praktischen Curs aus den Elementen der Medicin, Chirurgie, Geburtshilfe und Gynäkologie absolviren müssten, nachdem sie sich zuvor die Vorkenntnisse aus Physik, Chemie, Anatomie, Physiologie und Hygiene erworben hätten.

Albert anerkennt natürlich die vielen guten Eigenschaften der Frauen, die hier in Betracht kommen: ihr stetes Helfen-

wollen, ihre Zartheit, ihr tiefes Verständniss für die Leidenden, ihre scharfe Beobachtungsgabe und dergl. Zum vollen Arzte sind sie aber physisch und psychisch untauglich.

Es ist nicht zu befürchten, dass Albert's unausgebaute Idee der Schaffung von „Heilfrauen" bei uns in Bälde schon durchgeführt werde; sie ist für uns vorderhand bloss ein Gedanke, welchen ein Akademiker vor die grosse Oeffentlichkeit gebracht hat, damit sie hier discutirt werde. Er mag des Widerspruchs gewärtig sein. Die Aerzte in Deutschland haben mit ihren Heilgehilfen und Samaritern, diesen gefährlichen Viertel- und Achtelwissern, genug böse Erfahrungen gemacht; nun sollen auch bei uns solche privilegirte Curpfuscherinnen in Massen erzogen und sogar in amtliche Stellungen gebracht werden? Haben wir noch nicht genug an unseren jetzigen Hebammen, die den schwangeren Mädchen und Frauen „Rath und Hilfe" (man weiss es, worin diese „Hilfe" besteht!) in den Zeitungen anbieten, dabei in allen Frauen- und Kinderkrankheiten schamlos curpfuschen und sollen nun auch solche diplomirte Curpfuscherinnen für alle anderen Zweige der Medicin creirt werden?!

Nur keine Halbheiten! Wenn sich die Universitäten dieser sogen. Frauenbewegung nicht mehr verschliessen können, wenn es sich zeigt, dass zahlreiche Mädchen mit derselben Vorbildung als die Jünglinge an ihre Pforten pochen und die Hände nach dem Doctorhute ausstrecken, so öffne man ihnen in Gottes Namen die Thore der Weisheit, schreibe aber darüber mit goldenen Lettern: Gleiche Rechte — gleiche Pflichten.

Seitens der politischen Behörden Oesterreichs werden derzeit, über Auftrag des k. k. Ministeriums des Innern, Nachforschungen gepflogen, wie viele Aerzte ungarischer Nationalität, welche in Oesterreich oder in Ungarn (Budapest oder Klausenburg) zu Doctoren promovirt wurden, auf Grundlage ihres Diplomes in Oesterreich eine gemeindeärztliche Anstellung verlangt haben; dessgleichen wie viele als Krankencassenärzte und mit welchem Gehalte fungiren, endlich welche und wie viel nach Transleithanien zuständige Aerzte überhaupt in dem in unserem Reichsrathe vertretenen Ländergebiete die ärztliche Praxis ausüben.

Diese Daten sollen dazu dienen, damit endlich einmal dargethan werde, dass thatsächlich eine Reciprocität hinsichtlich der Praxis der Aerzte in beiden Reichshälften bestehe, was von ungarischen Chauvinisten während der letzten Jahre immer wieder, unter Hinweis auf diese oder jene Thatsache, bestritten worden war. Officielle Ziffern lassen sich aber nicht wegleugnen und so dürfte die Angelegenheit hiedurch endlich zur Ruhe gelangen.

In Budapest erregte jüngst eine sonderbare Enthüllung die Aufmerksamkeit der ärztlichen Kreise, zumal der klinischen und spitalsärztlichen. Dr. Sch., ein sehr gewandter medicinischer Schriftsteller, auch Mitglied des justizärztlichen Senates, legte in authentischer Weise dar, dass mehrere Original-Publicationen jüngerer Aerzte, worunter sich einzelne schon in Amt und Würden befinden, nichts anderes als schändliche Plagiate seien. Die bezüglichen Autoren (?) haben nichts anderes gethan, als hervorragende Werke deutscher Litteratur abgeschrieben und in's Ungarische übersetzt, sich aber dreist mit der erborgten Gloriole tüchtiger Forscher umgeben. Die unangenehme Sache zieht immer weitere Kreise, zumal sich auch die politische Presse Ungarns mit derselben beschäftigt, wobei der gesammte ärztliche Stand nicht gut davonkommt. Thut nichts! Ein tüchtiges Gewitter reinigt die Luft, und es schadet nicht, dass auch faule Aeste hiebei zertrümmert werden.

Verschiedenes.

(Ohr-Untersuchungen beim Militär.) Herr Dr. Ohlemann in Minden schreibt uns: „In Nr. 32 dieser Wochenschrift befindet sich ein Referat über meine Ohr-Untersuchungen am kgl. Gymnasium zu Minden. Es wurde in demselben unter Anderem angegeben, dass ich auf die Wichtigkeit derartiger Untersuchungen auch für unsere militärischen Verhältnisse hingewiesen hätte. Dem ist allerdings so, ohne dass dies jedoch in der Arbeit (im Archiv für Ohrenheilkunde) weiter ausgeführt worden wäre. Es möge mir daher gestattet sein, dies hier nachholen zu dürfen, zumal die gemachten Erfahrungen aus dem Kriege 1870/71 stammen und die Erinnerungen durch die 25 jährige Wiederkehr jener Tage besonders lebhaft geweckt worden sind. Bei dem Infanterie-Regiment Nr. 56, bei welchem ich als Kriegsfreiwilliger stand und wohl mit allen übrigen Medicinern der Universität Göttingen, trotz erhaltener Aufforderung in den Lazarethdienst überzutreten, bei der Waffe blieb, kam es nicht so selten vor, dass an die Hörfähigkeit besondere Anforderungen gestellt wurden. So wird es selbstredend bei allen Truppentheilen, die Vorpostendienst hatten, gewesen sein. Einige Beispiele mögen dies erläutern. Als die 56er nach dem grossen Durchbruchsversuche der Franzosen aus Metz nach Norden hin am 7. October bei Malroy Abends avancirten, wurde in der Nacht darauf das Dorf Rupigny und das zwischen diesem Dorfe und dem Fort St. Julien liegende Gelände von Feldwachen besetzt, wobei die Ablösung unter Flüstersprache vor sich ging, da wir als äusserste Vorposten dicht unter dem unmittelbar vor uns steil aufsteigenden St. Julien standen. Ein lautes Wort musste unsere sehr exponirte Stellung verrathen. Ebenso exponirt war später auf dem Vormarsche nach der Loire die Stellung der Feldwachen bei Chatillon sur Seine, wo ebenfalls bei Nacht nur Flüstersprache gebraucht wurde. Am gefährlichsten indessen war die Stellung der Vorposten und Feldwachen bei Ladon in der Nacht vor dem Sturm auf Beaune la Bolande. Rings vom Feinde umgeben, wurde grösste Stille anbefohlen, und hätte gerade bei der dortigen Uebermacht des Feindes ein lautes Wort verhängnissvolle Folgen, zunächst allerdings nur für das kleine vorgeschobene Commando haben können. Kleine Ursachen haben auch im Kriege zuweilen grosse Wirkungen. Zu ersteren kann auch mangelnder Hörsinn gerechnet werden, wenn Losung und Feldgeschrei nicht richtig verstanden oder der Feind zu spät wahrgenommen wird. Bei der Ausrüstung mit Repetirgewehren dürfte in einem Zukunftskriege dem nächtlichen Vorposten- und Wachdienst muthmasslich eine noch höhere Bedeutung zufallen als im letzten Kriege, und ein jeder Korporalschaftsführer sollte über die Hörfähigkeit der Leute seiner Korporalschaft unterrichtet sein; das kostet nichts, auch befreit herabgesetztes Hörvermögen noch nicht vom Militärdienst. Scharfe Sinne sind nun einmal im Kriege nothwendig, für die Augen besitzt man Ferngläser, für die Ohren gibt es noch nichts; aber nach dem Militär-Reglement sind felddienstfähig noch alle die, welche Flüstersprache auf nur einem Ohre in 4 m Entfernung zu verstehen vermögen, während unter normalen Verhältnissen Flüstersprache auf jedem Ohr einzeln ja bis zu 32 m Entfernung gehört wird."

(Aus dem bayerischen Budget pro 1896/97.) Universität München. Für Erweiterung des pathologischen Instituts werden 130400 M. gefordert. Die Motive besagen hierzu: Das pathologische Institut in München, im Jahre 1873 erbaut, leidet an zwei Missständen, deren Beseitigung dringend geboten erscheint. Bei Erbauung des Instituts betrug die Frequenz der medicinischen Facultät etwa 400 Studirende, während sie jetzt auf das dreifache gestiegen ist. Die Zahl der Sectionen betrug damals 300—400. während sie jetzt durchschnittlich 1000 jährlich beträgt. Angesichts dieser doppelten Steigerung sind alle Institutsräume, besonders die für den Unterricht dienenden, zu enge geworden. Der Saal für die klinischen Sectionen fasst kaum die Hälfte der Studirenden, welche den Sectionen beizuwohnen haben. Ebenso ist der Kellerraum, in welchem die nichtklinischen Sectionen (700 bis 800 jährlich) stattfinden, in jeder Richtung ungenügend. Auch der Mikroskopirsaal ist zu eng und zu niedrig. Für verschiedene Zwecke sind entsprechende Räume überhaupt nicht vorhanden. Die erforderliche Abhilfe soll durch einen Erweiterungsbau geschaffen werden. Der zweite Missstand betrifft die Dienerwohnungen, die bei dem Mangel an anderen Räumen in dem feuchten und für Wohnungen überhaupt nicht geeigneten Kellergeschosse untergebracht sind. Diesem Uebelstande soll, da sanitäre Gründe es nicht rathsam erscheinen lassen, Familienwohnungen in einem Institute einzurichten, wo täglich infectiöse Leichen in grosser Zahl secirt werden, durch Errichtung eines Sonderbaues auf Institutsgrunde für zwei Dienerwohnungen abgeholfen werden. Die Kosten sind einschliesslich der gleichzeitig vorzunehmenden Reparaturen auf 130400 M. veranschlagt. — Für den zahnärztlichen Unterricht sind bisher in den Etats der bayerischen Universitäten besondere Mittel nicht ausgewiesen. Die Bedeutung dieses Disciplin lässt es gerechtfertigt erscheinen, dass wenigstens an einer der drei Landesuniversitäten für ordnungsmässigen zahnärztlichen Unterricht Vorsorge getroffen werde. Das Bedürfniss hiezu macht sich schon seit Jahren fühlbar. Zunächst dürfte die Bereitstellung derjenigen Mittel genügen, welche erforderlich sind, um die zahnärztliche Klinik weiter auszubilden, zu welchem Behufe 1140 M. im ordentlichen und 1000 M. im ausserordentlichen Etat eingestellt sind.

Für die Erwerbung eines Bauplatzes für die Hebammenschule in München werden 126000 M. gefordert. In Aussicht genommen ist ein an das Areal der Frauenklinik stossendes, der Heiliggeistspital stiftung gehöriges Grundstück.

Universität Würzburg. Für einen Anbau an das physikalische Institut 23000 M. — Dem Professor der pathologischen Anatomie und allgemeinen Pathologie war seither auch die Geschichte der Medicin als Nominalfach übertragen. Bei der grossen Arbeitslast, welche die beiden ersteren Disciplinen mit sich bringen, kommt die Geschichte der Medicin nothwendig zu kurz. Es ist daher für dieses Fach die Aufstellung eines ausserordentlichen Professors

beabsichtigt, dem zweckmässiger Weise auch die medicinische Geographie und die medicinische Statistik übertragen werden könnte. Eine geeignete Kraft hiefür ist in der Person eines verdienten, schon seit vielen Jahren an der Universität wirkenden Docenten vorhanden, der die Geschichte der Medicin bereits mit Erfolg in den Bereich seiner Vorlesungen gezogen hat.

Universität Erlangen. Für Bauten bei der Universitäts-Frauenklinik 95000 M. Motive: Der Zugang zu dem dreistöckigen Gebäude der Frauenklinik wird zur Zeit durch eine einzige schmale Treppe vermittelt, welche eine rasche Entleerung des Hauses in Nothfällen unmöglich macht. Die Treppe ist so schmal, dass auf derselben knapp zwei Personen nebeneinander gehen können. Die Benützung der Treppe ist ausserdem dadurch erschwert, dass sie um den durch alle Stockwerke hindurch gehenden Schacht für den Personenaufzug in Windungen herumgeht. Eine Aenderung dieses Zustandes erscheint im Interesse der Sicherheit der Hausinwohner dringend geboten. Die Klinik leidet überdies an Raummangel, es fehlt an genügenden Räumen für Pfleglinge und für Verwaltungszwecke. Der Raummangel macht sich namentlich in der Zeit des Hebammencurses fühlbar, während welcher auch die Hebammenschülerinnen in der Anstalt untergebracht werden müssen. Eine gründliche Heilung dieser Missstände erscheint nur möglich, wenn die im Erdgeschosse des Gebäudes befindliche Dienstwohnung des Directors verlegt wird. Es ist desshalb beabsichtigt, auf dem Areale der Frauenklinik eine besondere Dienstwohnung für den Director zu errichten und die hiedurch frei werdenden Räume für die Aufnahme von Kranken und Schwangeren, sowie für Zwecke der Verwaltung bereit zu stellen. Die Kosten der Dienstwohnung sind auf 51000 M., diejenigen der übrigen Bauarbeiten auf 44000 M. veranschlagt.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 8. October. Die neue bayerische Verordnung, die Bildung von Aerztekammern und von ärztlichen Bezirksvereinen betreffend, war der Gegenstand einer Münchener Correspondenz der D. Med. Ztg. No. 77, in welcher namentlich an der Bestimmung, laut welcher Aerzten, „welche sich des ärztlichen Standes unwürdig gezeigt haben und ein gedeihliches Zusammenwirken im Verein nicht erwarten lassen,“ der Eintritt in den Verein versagt werden kann, abfällige Kritik geübt wird. Genannte Bestimmung wird als ein Kautschukparagraph bezeichnet. „Was könne nicht Alles künftighin unter diesem willkürlichen Begriffe der Unwürdigkeit, der Unmöglichkeit gedeihlicher Zusammenwirkung etc. verstanden werden?“ „Durch Einführung dieser Ballotage“ (von einer solchen ist in der Verordnung keine Rede. Red.) „würden Gehässigkeiten, besonders aber Ungerechtigkeiten zum Vorschein kommen, die leicht zu vermeiden gewesen wären. Politische, religiöse, sociale Motive — Alles könne beigezogen werden.“

So wenig wir uns mit dem übrigen Inhalt der angezogenen Correspondenz einverstanden erklären können, so berechtigt scheint uns doch das hier erhobene Bedenken. Um demselben zu begegnen, halten wir es für unerlässlich, dass, wie wir schon im vorigen Jahre bei Besprechung der Aerztekammerverhandlungen (1894, S. 964) ausgesprochen haben, eine Definition dessen, was als „des ärztlichen Standes unwürdig“ zu betrachten sei, etwa als Anhang zu den Vereinsstatuten, gegeben werde, mit anderen Worten, dass die Statuten der Bezirksvereine gleichzeitig die Hauptsätze einer Standesordnung enthalten. Herr Hofrath Brauser hat in unserer vorigen Nummer die dankenswerthe Anregung zu einem einheitlichen Statut für sämmtliche bayerischen Bezirksvereine gegeben. Wir würden es begrüssen, wenn bei Gelegenheit darauf hinzielender Berathungen auch der Versuch gemacht würde, auch über die Grundzüge einer gemeinsamen ärztlichen Standesordnung Einigung zu erzielen; durch eine solche würde einer willkürlichen Auslegung des § 12 der neuen Verordnung nach Möglichkeit vorgebeugt und gleiches Maass für Alle in allen Theilen des Königreiches geschaffen werden. Nachdem der Deutsche Aerztetag erst vor wenigen Jahren in Braunschweig die Grundzüge einer ärztlichen Standesordnung festgestellt hat (d. W. 1889, No. 27), die den bayerischen Vereinen als Basis dienen könnten, dürfte eine Einigung dieser keinen erheblichen Schwierigkeiten begegnen.

— Der Ausschuss der preussischen Aerztekammern tritt am 15. October in Berlin zu einer Sitzung zusammen, in der u. A. die Neuwahl eines Vorsitzenden an Stelle von Graf vorgenommen werden wird. Zweiter Vorsitzenden war der Vertreter der Aerztekammer Berlin-Brandenburg, Geh. Sanitätsrath Dr. Becher, der während der Krankheit von Graf und seit dessen Tod die Geschäfte leitet.

— Die Farbwerke vorm. Meister Lucius & Brüning in Höchst a/M. sind jetzt in der Lage, das von Professor Behring in der Naturforscher-Versammlung in Lübeck erwähnte hochwerthige Diphtherie-Heilserum abzugeben. Der Preis wird nach erfolgter staatlicher Prüfung bekannt gemacht.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 38. Jahreswoche, vom 15.—31. September 1895 die grösste Sterblichkeit Chemnitz mit 37,6, die geringste Sterblichkeit Elberfeld mit 11,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Scharlach in Posen; an Diphtherie und Croup in Brandenburg, Bromberg, Halle, Posen.

— Die „Anleitung zur Erkennung und Prüfung aller im Arzneibuch für das deutsche Reich (III. Ausgabe) aufgenommenen Arzneimittel“ von Max Biechele ist im Verlage von Springer-Berlin in 9. Auflage erschienen. Die Anleitung ist unentbehrlich für Apotheker, wird aber auch Aerzten, besonders solchen, denen die Apothekenvisitationen obliegen, von Nutzen sein.

— Herr Privatdocent Dr. Cremer ersucht uns um Veröffentlichung nachstehender Berichtigung:

In meinen Ausführungen in den Verhandlungen des XIII. Congresses für innere Medicin (Verlag von J. F. Bergmann in Wiesbaden) befindet sich ein Satz, den ich an dieser Stelle berichtigen möchte. Ich bitte nämlich S. 431, Zeile 13—15 von oben zu lesen:

... „dass bei subcutaner Application Butter in dem Thierkörper abgelagert wird, dass aber nach einer Periode reichlicher Butter und Fleischfütterung lediglich normales etc.

Vor abgelagerten, Zeile 3 von unten, bitte ich einzuschieben: dargebotenen resp. bereits.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** An Stelle des nach Breslau berufenen Dr. Weintraud wurde Dr. W. Zinn, bis vor Kurzem Assistenzarzt am städtischen Krankenhause in Nürnberg, als 1. Assistent der Gerhardt'schen Klinik angestellt. — **Breslau.** Zum Leiter der medicinischen Universitätspoliklinik ist Dr. Wilhelm Weintraud ernannt worden, bisher Oberarzt an der zweiten medicinischen Klinik der Charité und Assistent Geh.-Rath Gerhardt's in Berlin. — Bei dem hygienischen Institut ist eine neue Assistentenstelle eingerichtet worden, deren Inhaber, Dr. Max Neisser, verpflichtet worden ist, sich besonders mit dem Studium der Cholera zu beschäftigen. Das kaiserliche Gesundheitsamt hat in seinen zusammenfassenden Berichten betont, dass man im Deutschen Reich noch geraume Zeit vor der Cholera auf der Hut sein müsse, da die östlichen Grenzprovinzen immer noch bedroht seien. Die Breslauer hygienische Universitätsanstalt hat die Aufgabe, für die zunächst gefährdete Provinz Schlesien die bakteriologischen Cholerauntersuchungen auszuführen. — **Königsberg.** Dem Privatdocenten in der medicinischen Facultät der hiesigen Universität, Dr. Georg Stetter, ist das Prädicat „Professor“ verliehen worden.

St. Petersburg. Dr. Alexander Dogiel, Professor der Histologie an der Universität Tomsk, ist auf den Lehrstuhl für mikroskopische Anatomie an der hiesigen Universität berufen worden.

(Todesfall.) In Krakau ist Dr. Joseph Oettinger, emeritirter Professor der Geschichte der Heilkunde an der jagellonischen Universität, am 2. October im Alter von 77 Jahren gestorben.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Dr. A. Bulling, appr. 1878, in München (im Sommer Badearzt in Reichenhall); Wladislaw Klimaszewski, appr. 1893, in München (bisher prakt. Arzt in Bromberg).

Zur Praxis hat sich angemeldet: Dr. Richard Wittmann, k. Assistenzarzt II. Cl. im 3. Feld-Art.-Reg., appr. 1891, in München.

Verzogen. Dr. Max Buchner von München nach Mannheim.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 39. Jahreswoche vom 22. bis 28. September 1895.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 72 (76*), Diphtherie, Croup 38 (45), Erysipelas 13 (9), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (2), Kindbettfieber 2 (—), Meningitis cerebrospin. 1 (—), Morbilli 55 (31), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 5 (5), Parotitis epidemica 1 (3), Pneumonia crouposa 9 (7), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 8 (26), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 25 (13), Tussis convulsiva 15 (14), Typhus abdominalis 4 (3), Varicellen 7 (4), Variolois — (—). Summa 256 (239). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 39. Jahreswoche vom 22. bis 28. September 1895.

Bevölkerungszahl 396000.

Todesursachen: Masern 3 (2*), Scharlach 2 (1), Diphtheritis und Croup 7 (8), Rothlauf — (1), Kindbettfieber — (-), Blutvergiftung (Pyämie etc.) 3 (3), Brechdurchfall 16 (29), Unterleibtyphus 1 (2), Keuchhusten 1 (3), Croupöse Lungenentzündung 2 (1), Tuberculose a) der Lungen 21 (18), b) der übrigen Organe 4 (9), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), Andere übertragbare Krankheiten 2 (4), Unglücksfälle 2 (3), Selbstmord 2 (—), Tod durch fremde Hand 1 (—), Sonstige Todesursachen 4 (9).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 230 (289), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 30,2 (37,9), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 13,4 (15,0), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 12,1 (12,7).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.